

Anna Bielańska

Teatr, który leczy

WYDAWNICTWO UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO



Teatr, który leczy

Anna Bielańska

Teatr, który leczy

Biblioteka Jagiellońska



1000566400

WYDAWNICTWO UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO



RECENZENCI

Prof. dr hab. Jacek Bomba

Prof. dr hab. Krzysztof Gierowski

PROJEKT OKŁADKI

Marcin Bruchnalski

Joanna Budyn-Kamykowska

Na okładce wykorzystano zdjęcie z przedstawienia *Alkestis*
wg Eurypidesa w reżyserii Krzysztofa Rogoża z 1998 r.

REDAKTOR

Dorota Węgierska

KOREKTOR

Barbara Cabata

Książka finansowana ze środków Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Książka, ani żaden jej fragment, nie może być przedrukowywana
bez pisemnej zgody Autorki i Wydawcy.

W sprawie zezwoleń na przedruk należy zwracać się do Wydawnictwa
Uniwersytetu Jagiellońskiego

ISBN 83-233-1598-1

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Dystrybucja: ul. Bydgoska 19 C, 30-056 Kraków

tel. (012) 636-80-00 w. 2022, 2023, fax (012) 430-19-95

tel. kom. 0604-414-568, e-mail: wydaw@if.uj.edu.pl

<http://www.wuj.pl>

Konto: BPH PBK SA IV/O Kraków nr 10601389-320000478769

Spis treści

Wprowadzenie.....	7
Część I: Drama i psychoterapia.....	11
1. Teatr, psychodrama, drama.....	11
<i>Cognitio aesthetica et creatio</i>	11
<i>Katharsis</i>	15
Jerzy Grotowski.....	17
Psychodrama Jakuba Moreno	19
Teatr playbacku.....	20
Dramaterapia	22
Podejście rozwojowe w dramaterapii.....	28
Piśmiennictwo.....	34
2. Role	37
Stawanie się sobą	37
Dynamika ról	39
Role w psychodramie.....	42
Role w teatrze	48
Znaczenie roli w teatrze terapeutycznym	50
Piśmiennictwo.....	51
3. Czas i przestrzeń	53
Czas i tożsamość	53
Taniec z czasem i przestrzenią	57
Pętla czasu, aktor władcą przestrzeni.....	58
Przestrzeń w teatrze.....	59
Czas w procesie tworzenia, przestrzeń na drugim planie.....	60
Piśmiennictwo.....	62
4. Rzeczywistość symboliczna	63
Symbol.....	63
Symbol a schizofrenia.....	65
Symbol a rozwój.....	66
Rzeczywistość symboliczna w dramie	68
Piśmiennictwo.....	71
Część II: Teatr terapeutyczny	73
1. Zrozumieć schizofrenię.....	73
Schizofrenia	73

Krakowski program leczenia i rehabilitacji schizofrenii	75
Dramaterapia w kontekście systemu leczenia	80
Piśmiennictwo.....	88
2. Dramaterapia w leczeniu chorych na schizofrenię.....	91
Wycofanie.....	91
Czynniki leczące w dramaterapii	93
Piśmiennictwo.....	102
3. Historie prawdziwe.....	103
Eros i Tanatos	103
Alkestis.....	104
W tańcu z Tanatosem	106
Z drugiej strony lustro	110
Lizystrata: zwycięstwo kobiecości	113
Z drugiej strony lustro	119
Tryk: w poszukiwaniu zaginionych uczuć.....	120
Z drugiej strony lustro	123
Piśmiennictwo.....	125

ANEKS

A. Ćwiczenia do zajęć teatralnych prowadzonych na oddziałach dziennych oraz w innych ośrodkach terapeutyczno-rehabilitacyj- nych	129
B. Ćwiczenia związane z dynamiką grupy teatralnej	139
C. Scenariusz <i>Alkestis</i> według Eurypidesa – adaptacja Krzysztof Rogoż	145

Wprowadzenie

O psychodramie Jakuba Moreno napisano wiele książek i opracowań, natomiast o tym, co nazwane jest dramaterapią, o wiele mniej. Wynika to z faktu, iż wszystkie techniki z zastosowaniem dramy w psychoterapii mają swoje korzenie w psychodramie. To Jakub Moreno wniósł je w obszar psychoterapii i edukacji.

W Polsce publikacje dotyczące tego zakresu tematycznego są bardziej niż skromne; doskonała książka Evy Roine jest jedyną pracą, która w sposób całościowy zajmuje się psychodramą. Inne doniesienia opisują i reflektują metody z użyciem psychodramy w sposób cząstkowy.

Zastosowanie dramy jest w tej chwili niezwykle różnorodne i związane przede wszystkim z jej praktycznym użyciem w terapii. W codziennej praktyce klinicznej i psychoterapeutycznej często używa się elementów psychodramy i technik teatralnych jako jednej z metod leczenia. W zasadzie nie ma ośrodków psychoterapeutycznych, gdzie psychodrama lub dramaterapia byłaby jedyną i wyłączną metodą terapii, ale też nie ma takich, gdzie elementy dramy i psychodramy nie byłyby stosowane. Coraz więcej terapeutów, nauczycieli i aktorów włącza szkolenie w psychodramie Moreno w rozwój własnej osobowości, a także swoich umiejętności pracy z grupą.

W pracy z pacjentami po kryzysach psychicznych terapeutci coraz częściej sięgają po techniki teatralne, aby wzmocnić inne oddziaływania lecznicze.

Psychodrama jest jedną z lepiej rozwiniętych metod grupowych, która poprzez eksplorację głębszych problemów klienta i przeniesienie ich na scenę ma prowadzić do większego zrozumienia, lepszych rozwiązań, a także do emocjonalnego uwolnienia się od nich. Psychodrama jest metodą, w której zarówno prowadzący, jak i członkowie grupy muszą być aktywni i zaangażowani.

W dramaterapii akcent jest bardziej położony na relacje w grupie niż na indywidualne doświadczenie. To oznacza, iż grupa staje się pewną wspólnotą w miarę upływu czasu

i wspólnej pracy. Aktywność grupy może być mniej lub więcej ustrukturuwana, w zależności od rodzaju klientów, którzy są jej uczestnikami. Indywidualne wzory zachowań ujawniają się podczas grania ról i zadaniem terapeuty jest pomóc klientowi stać się bardziej tego świadomym, a następnie pomóc w eksperymentowaniu z nowymi zachowaniami.

Gry teatralne używane dla celów terapeutycznych polegają na graniu etiud teatralnych. Granie rozmaitych ról, doświadczanie ich i omawianie z członkami grupy ma poszerzyć repertuar zachowań uczestnika. Metoda ta jest czasem łączona z psychodramą, grupami spotkaniowymi. Jeśli podczas grania ról uczestnicy dotrą do swoich głębszych problemów, wówczas prowadzący może posłużyć się psychodramą. Jest to więc bardzo elastyczna metoda: od ćwiczenia różnych zachowań w grupie wraz z informacjami zwrotnymi do głębokiej indywidualnej pracy w psychodramie.

W swojej pracy dzielę stosowanie technik teatralnych na dwie zasadnicze metody: psychodramę i dramaterapię. Poprzez taki podział chciałabym podkreślić wyraźną różnicę między stosowaniem klasycznej psychodramy Morenowskiej, która wychodzi od wewnętrznych problemów osoby, a dramaterapią, która raczej skupia się na ćwiczeniach teatralnych, etiudach, graniu ról. Leczący teatr jest jedną z form dramaterapii.

Inspiracją do napisania niniejszego opracowania była moja wieloletnia praca psychoterapeuty wśród osób z diagnozą schizofrenii i głębokimi zaburzeniami osobowości. Praca ta na Oddziale Dziennym Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ pozwoliła mi również na wprowadzenie dramy do codziennej praktyki klinicznej i opieki ambulatoryjnej. Nie bez znaczenia okazało się doświadczenie zdobyte przeze mnie podczas dwustopniowego szkolenia w zakresie psychodramy Moreno w Instytucie Psychodramy dla Europy.

Układ treści w tym opracowaniu jest podzielony na trzy części. Pierwsza, najbardziej teoretyczna, prezentuje psychodramę, dramaterapię, a także podstawowe, znaczące wymiary dla tej formy terapii, jakimi są czas, role i rzeczywistość symboliczna. Druga część w skrótowny sposób omawia wybrane koncepcje schizofrenii oraz sposoby jej leczenia w krakowskim, środowiskowym programie leczenia, zastosowanie dramy na różnych etapach choroby i terapii oraz specyficzne dla leczonego teatru czynniki terapeutyczne. Ilustrację tematu stanowią zarówno historie osób biorących udział w grupie teatralnej, jak i ich własne wypowiedzi. Część trzecia zawie-

ra zestaw ćwiczeń i etiud teatralnych, jak też scenariusz dramatu Eurypidesa *Alkestis*, na podstawie którego powstał spektakl teatralny stworzony przez osoby po przeżytym głębokim kryzysie psychicznym.

Pragnę w tym miejscu złożyć serdeczne podziękowania wszystkim tym, którzy w jakikolwiek sposób pomogli mi w opracowywaniu tej książki. Wyrazy szczerej wdzięczności za krytyczne, a pomocne uwagi należą się przede wszystkim moim przyjaciółom: reżyserowi Krzysztofowi Rogożowi, artyście Małgorzacie Bundzewicz, a także prof. dr. hab. Jackowi Bombie, prof. dr. hab. Krzysztofowi Gierowskiemu oraz dr. hab. Bogdanowi de Barbaro.

Pani Małgorzacie Gadomskiej dziękuję gorąco za pomoc w korekcie maszynopisu.

Autorka

CZĘŚĆ I: DRAMA I PSYCHOTERAPIA

1. Teatr, psychodrama, drama

„Prawdziwa kultura działa swą siłą i zdolnością
wprowadzania człowieka w stan egzaltacji...”
(Artaud A., 1996, str. 36)

Cognitio aesthetica et creatio

Sztuka, podobnie jak natura pozwala przeżyć nam uczucia piękna, radości, harmonii. Z jednej strony, obcowanie ze sztuką może nieść człowiekowi ukojenie, z drugiej zaś pobudzać i inspirować. Uzdrawiająca moc sztuki jest dostrzegana od wieków. O jej leczniczym działaniu wiadomo dobrze w czasach starożytnych, zaś wpływ i jej funkcja w życiu człowieka była analizowana przez pierwszych wielkich filozofów.

To, co jest istotne dla oddziaływania sztuki na człowieka, to dostarczanie, wywoływanie przyjemnych odczuć, nazwane w wieku XVIII przeżyciem estetycznym (Tatarkiewicz W., 1975).

Znaczenie pojęcia przeżycia estetycznego rozwijało się, począwszy od Platona i Arystotelesa, aż do wieku XX. Różne części tego pojęcia raz były eksponowane, raz zaś pomijane. Natura przeżycia estetycznego stała się elementem rozważań filozofów zajmujących się estetyką jako jedną z części ich myśli filozoficznej. Teoria hedonistyczna rozumiała przeżycie estetyczne jako doznanie uczucia przyjemności, teorie kognitywne określały je jako rodzaj poznania, zaś iluzjonizm podkreślał w przeżyciu estetycznym jako najważniejsze poruszanie się w świecie złudzeń, wyobraźni. Inne jeszcze koncepcje przeżywania przez człowieka dzieła sztuki, określające przeżycie estetyczne od strony uczuć, pojawiły się już w wieku XVIII. Była to na przykład teoria wczuwania się, czyli aktywności natury przeżyć estetycznych, która w pełni rozwinęła się pod koniec XIX wieku. Mówi ona, iż przeżycie estetyczne pojawia się wówczas, gdy osoba odbierająca sztukę niejako

przerzuca własne uczucia na przedmiot. To odnajdywanie siebie w przedmiocie jest, wedle tej koncepcji, źródłem szczególnej radości. Przeciwnieństwem tej koncepcji jest teoria kontemplacji, która twierdzi, że przeżyciem estetycznym jest zadowolenie czerpane z przedmiotu, wchłonięcie jego piękna. Teorie powyższe akcentując różne aspekty odbioru sztuki, podkreślały przede wszystkim uczucie przyjemności, jakie człowiek może czerpać w kontakcie z dziełem sztuki.

Tatarkiewicz przedstawiając swoją współczesną koncepcję przeżyć estetycznych, łączy większość wcześniej przedstawionych elementów:

„pojęcie ich obejmuje zarówno przeżycia o charakterze biernym, jak i o aktywnym, zarówno posiadające wyraźny współczynnik intelektualny, jak i czysto emocjonalne: obejmuje zarówno stany kontemplacji i ukojenia, jak i wzmożonej uczuciowości” (Tatarkiewicz W., 1975, str. 381).

Wydaje się, że przeżycie estetyczne związane jest z biernym obcowaniem ze sztuką. Aktywne uczestnictwo to samo tworzenie dzieł sztuki. Zarówno jedno, jak i drugie może być wartościowym przeżyciem wzbogacającym naszą codzienność. Każdy człowiek może spotkać się poprzez sztukę z głębszą refleksją nad różnymi aspektami życia, przeżyć niezapomniane wzruszenia, osiągnąć relaks, odprężyć się.

Inne ważne pojęcie, tworzenia (*creatio*), weszło do kultury europejskiej przez religię, gdyż do wieku XIX czynność ta była wyłącznym atrybutem Boga. Przez tworzenie rozumiano akt „przez który Bóg daje istnienie rzeczom”. *Creatio* oznaczało taką aktywność Stwórcy, która była „tworzeniem z niczego, *creatio ex nihilo*” (Tatarkiewicz, 1975, str. 300). W wieku XIX pojęcie twórczości uległo przekształceniom i rozumiano pod nim robienie rzeczy nowych, a nie stwarzanie „z niczego”. Twórczość w tym ludzkim, a nie boskim rozumieniu była wyłącznym atrybutem artysty. Być twórcą, znać było być artystą i poetą.

Pojęcie to związane było także z pojęciem wyobraźni, która nie tylko odtwarza, naśladuje rzeczywistość w swoich obrazach, ale też tworzy coś nowego. W następnym, XX wieku, pojęcie twórczości i tworzenia rozszerzyło się na całą kulturę, na wszystkie dziedziny ludzkiej aktywności i produkcji.

Cechą, która w każdej dziedzinie wyróżnia twórczość jest nowość. Dotyczy to zarówno nowości działania, jak i dzieła jako takiego. Oprócz nowości istnieje jeszcze jedna ważna cecha twórczości. Jest nią, jak pisze Tatarkiewicz, szczególna

zdolność, talent, „energia umysłowa” (Tatarkiewicz W., 1975, str. 304).

Twórczość cenimy tak bardzo, gdyż pokazując, opisując rzeczy nowe, rozszerza i pogłębia nasze życie. Uszczęśliwia twórców, jak i tych, którzy są odbiorcami dzieł sztuki. Artysta spełnia trzy funkcje: „odtworza rzeczywistość, ratując ją od zapomnienia, odkrywa jej prawa i piękno, bądź tworzy to, czego nie było” (Tatarkiewicz W., 1975, str. 311).

W potocznym rozumieniu twórczość, tworzenie dotyczy działalności artystycznej: poezji, literatury, muzyki, malarstwa i teatru. W niniejszych rozważaniach będę się posługiwać tym właśnie znaczeniem pojęcia twórczości.

Udział sztuki w procesie leczenia jest zależny przede wszystkim od samego pacjenta i tego, czy będzie to odpowiednie „narzędzie terapeutyczne” dla danej osoby. Wyróżnia się dwie możliwości używania sztuki w psychoterapii (Bomba J., 1998). Jedną z nich, „receptywną”, poprzez kontakt ze sztuką porusza w pacjencie takie treści psychiczne, które nie są świadomie dostępne dla niego i terapeuty. Poprzez obcowanie ze sztuką, jej odbiór, pacjent może uzyskiwać i poszerzać wgląd we własne uczucia.

Drugą możliwość, „kreatywną”, to rozbudzanie i wspieranie twórczych możliwości pacjenta, „aktywnego tworzenia”. Kreatywność pozwala pacjentowi poprawić swoją samoocenę i także docierać do treści pozaświadomych poprzez szukanie formy do wyrażenia tego, co może istnieć w świecie wewnętrznym nieuporządkowane, niejasne. Bomba w tym upatruje najistotniejszą terapeutyczną wartość twórczości (Bomba J., 1998).

Myśl ta jest także mnie bardzo bliska. Kreatywność chorych w aktywny sposób porządkuje to, co wewnętrzne, często niejasne, a ważne dla pacjenta. Wydaje się ponadto, iż spełnia jeszcze jedną bardzo ważną rolę: otwiera i pobudza zdrowe zasoby „ja”, ułatwia, toruje drogę energii życiowej, wzbudza motywację do życia.

Tatarkiewicz, zastanawiając się nad „intencją” sztuki, powiada, iż „jedne jej dzieła powstały z potrzeby utrwalania rzeczywistości, inne z potrzeby kształtu, jeszcze zaś inne z potrzeby ekspresji” (Tatarkiewicz W., 1975, str. 300–304). Gdyby spróbować zrozumieć, w jaki sposób utrwalanie rzeczywistości, nadawanie kształtu i potrzeba ekspresji pomagają w procesie terapeutycznym, można zastanowić się nad następującymi odpowiedziami:

– utrwalanie rzeczywistości to szukanie szczegółów, prądkowe ich odwzorowanie, łączenie w harmonijną całość; adekwatne spostrzeganie i integracja elementów, a więc pośrednio przełamywanie tego, co chaotyczne, zdeintegrowane;

– nadawanie kształtu łączy się z umiejętnością spostrzegania całości, syntezy, ubieraniem w kształty obrazów ze swojej wyobraźni, a więc może służyć porządkowaniu myślenia, poprawie koncentracji, przeniesieniu części świata wewnętrznego na zewnątrz, uświadomieniu pewnych treści emocjonalnych;

– potrzeba ekspresji poprzez sztukę może umożliwiać chorym wypowiedzenie uczuć i myśli niewyrażonych.

Gdyby przyjąć taką interpretację intencji sztuki, to niewątpliwie spełnia ona także funkcję terapeutyczną.

W naszym wieku doszło do rewolucji w zakresie leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi; od instytucji izolowanych i izolujących oraz represyjnych metod leczenia odeszliśmy w kierunku tworzenia otwartych ośrodków psychiatrycznych w środowisku, stosowania leków oraz wykorzystywania wszystkich możliwych metod psychologicznych i społecznych. W ostatnich latach szeroko rozumiana sztuka w leczeniu zaburzeń psychicznych uzyskała pozycję jednej z metod leczenia. Do najbardziej znanych i popularnych zaliczyć można muzykę i muzykoterapię. Ze względu na łatwy do niej dostęp i uniwersalny charakter, uznaje się ją za bardzo powszechne narzędzie terapeutyczne. Sam cierpiący może sobie pomagać poprzez to tylko, iż słucha kojącej muzyki. Muzykoterapia zaś, jako metoda leczenia, jest w tej chwili bardzo rozwiniętą dziedziną oddziaływania terapeutycznego na chorego. Muzykoterapia to nie tylko bierne słuchanie muzyki i omawianie przeżyć, ale też aktywne muzykowanie; chorzy wspólnie grają w grupie, szukają tonów, rytmów i melodii, aby siebie wyrazić lub poprzez wspólną muzyczną zabawę cieszyć się, rozluźnić i inspirować.

Innym, również często używanym sposobem terapii kreatywnej jest malarstwo. Wymaga ono bardziej skomplikowanego zaangażowania się chorego i znajduje także częste zastosowanie w postępowaniu diagnostycznym, terapeutycznym i rehabilitacyjnym. Może być jedyną formą rozmowy chorego ze światem, z której to terapeuta może próbować odczytać wewnętrzny stan pacjenta, może być także taką aktywnością, która rozwija jego talent plastyczny, lub jest ta-

kim zajęciem chorego, które przynosi mu odprężenie, przyjemność.

Niewątpliwie do najtrudniejszych należy stosowanie psychodramy oraz technik teatralnych w procesie terapeutycznym. Dzieje się tak dlatego, iż w wymienionych wcześniej kreatywnych metodach leczenia używających muzyki, malarstwa czy poezji wykorzystuje się je jako „narzędzie terapeutyczne”. Utwór muzyczny (słuchany lub grany), malowany obraz, pisany wiersz, wyraża świat autora w sposób pośredni, właśnie poprzez to medium. W teatrze aktor/pacjent wyraża siebie poprzez grę. Jego medium, narzędziem terapeutycznym, jest on sam.

Z różnych doniesień i publikacji wiadomo, iż w Europie terapia używająca technik teatralnych, pracy z ciałem, tańca staje się obecnie bardzo popularna (Kowal A., red., 1996). Niejednokrotnie używa się tych metod w bardzo zróżnicowanych wariantach, włączając je w terapię w sposób elastyczny. Oznacza to, iż w praktyce klinicznej terapeuci kierują się realną przydatnością określonej formy leczenia do terapii danego typu zaburzeń, modyfikując ją i nadając swój indywidualny styl. Na przykład, choreoterapia dla osób z problemem alkoholowym w jednym z ośrodków zmieniła się w teatr z osobami uzależnionymi, szczególny teatr tańca powstał z osobami z diagnozą schizofrenii itp.

Katharsis

Leczące działanie teatru było spostrzegane już w czasach starożytnych. Szczególną uzdrawiającą rolę przypisywano *katharsis*, jednemu z zasadniczych pojęć teatru antycznego. Arystoteles opisuje w swojej *Poetyce* różne elementy dramatu, a *mimesis* (naśladowanie) i *katharsis* (oczyszczenie) należą do najważniejszych z nich.

Przed Arystotelesem *katharsis* miało ścisły związek z kultem i rytuałem religijnym. Do *katharsis* – oczyszczenia dochodziło podczas obrzędów religijnych mających na celu usunięcie z Aten wszelkich „nieczystości”, tzn. złych mocy, złoczyńców, brudów (Arystoteles, 1983).

W VI w. p.n.e. orficy głoszący wyzwolenie duszy z więzów ciała rozumieją *katharsis* jako czystość rytualną i moralną, która pozwala na „inkarnację i wieczne odrodzenie, na powrót duszy do swego źródła i odzyskanie wiecznego szczęścia” (Podbielski H., w: Arystoteles, 1983, str. LXII).

U Platona *katharsis* wiąże się z dążeniem do poznania prawdy poprzez wyzwolenie od namiętności i zmysłów. Proces wyzwolenia pierwiastka duchowego od poznania za pomocą zmysłów nazywa Platon oczyszczeniem.

Pojęcie *katharsis* było terminem stosowanym także szeroko w praktykach lekarskich przez szkołę Hipokratesa i tu było rozumiane bardziej fizjologicznie (przeczyszczenie).

W *Poetyce* Arystoteles nadaje jeszcze inne znaczenie pojęciu *katharsis*. Według niego jest to wyrażenie uczuć, które doprowadza u aktorów i widzów przedstawienia do ich uwolnienia i oczyszczenia. „Litość i trwoga dokonują oczyszczenia litości i trwogi” (Podbielski H. w: *Arystoteles*, 1983, str. LXII). Niezwykle ciekawa wydaje się interpretacja Arystotelesowskiej *katharsis* przez belgijskiego uczonego P. Somville. Uczony ten łączy *katharsis* z naśladowczą (mimetyczną) funkcją sztuki. Poprzez literacką fikcję, która naśladuje realną akcję, odbiorca może przeżyć „uwolnienie uczuć”, które nie mogłoby zaistnieć, gdyby sytuacja dramatyczna zachodziła w rzeczywistości. *Katharsis* według Somville’a to jest taki wstrząs uczuciowy, który dokonuje się za „pośrednictwem fikcji tworzącej w nas dystans do przedstawionych zdarzeń i zarazem integrującej nas z tymi zdarzeniami” (Podbielski H., w: *Arystoteles*, 1983, str. LXXXIII). To znaczenie jest bliskie temu, co dzisiaj rozumiemy przez *katharsis*. Arystoteles tak zrozumiany, był pierwszym, który tak głęboko psychologicznie potrafił uzasadnić leczący charakter teatru.

Tragedię definiuje Arystoteles w ten sposób:

„Tragedia jest to naśladowcze przedstawienie akcji poważnej, skończonej, posiadającej (odpowiednią) wielkość, wyrażone w języku ozdobnym, odmiennym, w różnych częściach dzieła, przedstawienie w formie dramatycznej, a nie narracyjnej, które poprzez wzbudzenie litości i trwogi doprowadza do „oczyszczenia” (*katharsis*) tych uczuć” (Arystoteles, 1983, str. 17).

Pojęcie *katharsis* oraz przekonanie o leczącym charakterze sztuki na przestrzeni wieków bądź zanikały, bądź nabierały znaczenia. Zigmunt Freud przez *katharsis* rozumiał takie wydobywanie z nieświadomości dawnych kompleksów, które wiąże się z odreagowaniem stanów emocjonalnego napięcia. Dzięki takiemu uwolnieniu uczuć tłumiona energia libido znajduje ujście i możliwe staje się świadome ustosunkowanie się do przeżyć z okresu dzieciństwa (Kellermann P.F., 1996).

Wielkimi osobowościami, które nadały nowy sens sztuce teatru i odnalazły na nowo jego terapeutyczne wartości, byli Jakub Levy Moreno i Jerzy Grotowski. Powrócili oni do zna-

czenia *katharsis*, rozwinęli idee teatru „psychologicznego”, który może być wielkim spotkaniem z samym sobą. Jerzy Grotowski wychodził w swoich poszukiwaniach od specyficznego sposobu tworzenia teatru i kreacji aktorskich, zaś Jakub Moreno od rozwojowych i leczniczych możliwości ukrytych w teatrze. Byli oni wielkimi indywidualnościami, które odcisnęły wyraźny znak na ideach teatru, koncepcjach psychologicznych. Pokazali i udowodnili ogromne możliwości rozwoju osobistego człowieka.

Jerzy Grotowski

„Sztuka jest dojrzewaniem, ewolucją,
uniesieniem umożliwiającym wyjście
z ciemności w blask światła”
(Osiński Z., 1980, str. 283)

Na przełomie lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych powstał opolski Teatr 13 Rzędów Jerzego Grotowskiego, który następnie rozwinął swoją awangardową działalność teatralną w Teatrze Laboratorium we Wrocławiu. Do najbardziej znanych należą takie przedstawienia, jak „Księżę Niezłomny” Calderona, „Akropolis” Wyspiańskiego i wreszcie „*Apocalypsis cum figuris*”. W latach siedemdziesiątych Teatr Laboratorium i jego poszukiwania teatralne przyniosły następnie takie wydarzenia, jak Teatr Narodów w 1975 roku, „Święto”, „Droga”, „Przedsięwzięcie Góra”, na które zapraszano już nie widzów, a uczestników swoistego parateatralnego spotkania.

W teatrze Grotowskiego tworzenie przedstawienia, proces twórczy był swoistym aktem poznawczym. Był poznawaniem i wzbogacaniem duchowym twórcy-aktora, ale też i widza przedstawienia. Grotowski wraz ze swoim zespołem zaczął tworzyć tego rodzaju spektakle, wydarzenia teatralne i parateatralne, których zamierzeniem było poszerzenie i pogłębienie ludzkiej świadomości, wrażliwości, rozwój całej osobowości. Teatr dla zespołu Laboratorium nie był grą, tradycyjnym tworzeniem spektaklu, lecz ciągłym poszukiwaniem odpowiedzi na pytania o kondycję ludzką w ogóle. To poszukiwanie odbywało się w bezpośrednim spotkaniu teatralnym między aktorami a widzami oraz w procesie przygotowywania tego spotkania.

Aktorzy Grotowskiego przygotowywali się do spektaklu bardzo intensywnym treningiem w zakresie plastyki gestu

i ruchu, ćwiczeń oddechowo-wokalnych, ćwiczeń rytmicznych, akrobacji i władania ciałem. Opanowanie do perfekcji techniki aktorskiej pozwalało o niej w pewnym momencie zapomnieć; zasadniczym założeniem badań w zakresie aktorstwa była technika wyprowadzania reakcji spontanicznych z porządku, konstrukcji i dyscypliny formy. Grotowski twierdził, iż spontaniczność niezdyscyplinowana w gruncie rzeczy daje w efekcie rodzaj biologicznego chaosu i przypadkowe reakcje, zaś spontaniczność prawdziwa wedle niego jest lekka i swobodna (Osiński Z., 1972).

Aktor poprzez swoje działanie, o ile było ono prawdziwe, autentyczne, to znaczy zgodne z nim samym, dawał widzowi możliwość konfrontacji z własnym światem duchowym. Teatralna gra nie toczyła się dla widzów, ale wobec widzów. Aktor przedstawiając, był szczery, otwarty, ale w taki w sposób, który nie był chaotyczny i pozbawiony kontroli. Otwartość aktora miała swoje granice i swoją teatralną strukturę. Ideą była tzw. „dialektyka spontaniczności i dyscypliny”. Na tej idei opierała się koncepcja „teatru ubogiego”

„z całą właściwą mu dialektyką spontaniczności i dyscypliny: owej »szczeroci granicznej, ale zdyscyplinowanej, tj. uformowanej w znaki, lub eksterioryzacji skrajnej, ale rzeczowej i ujętej w strukturę – tej *coniunctio oppositorum*, w jakiej rodzi się akt całkowity” (Osiński Z., 1972, str. 144).

Aktor, przygotowując się do tego specyficznego teatralnego spotkania z publicznością, pracował nad sobą, starając się zagłębić w siebie jak najdalej, aby móc ofiarować widzowi siebie najbardziej prawdziwego. Jego zadaniem było usuwanie wewnętrznych przeszkód, które uniemożliwiałyby mu to „ofiariowanie”, otwarcie. Spektakl u Grotowskiego miał pomóc widzowi w tym, aby poprzez spotkanie z „otwartym teatrem”, aktorami, którzy dają siebie widzom, wspólnie przeżyć duchową wymianę, która może ich wznieść ku wyższemu stanowi świadomości, ku rozwojowi. Grotowski, korzystając z teorii dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego, mówił o spektaklu jako o bodźcu dezintegrującym, który prowokuje widza do pogłębienia i uświadomienia sobie własnych sprzeczności, a następnie do ich zintegrowania na wyższym poziomie świadomości. Pojęcie *katharsis* pojawia się w tym kontekście jako wstrząs duchowy w rozumieniu częściowo podobnym do tego, które nadał mu Arystoteles – wstrząsu i doznania połączonych „litości i trwogi”, które umożliwiają integrację psychiczną na wyższym piętrze świadomości.

To, co należy jeszcze podkreślić w działaniu Teatru Laboratorium, to ciągle poszukiwanie, bycie w drodze, pielgrzymowanie w celu wyzwolenia, otwarcia się, „poznawania i manifestowania środkami sztuki fenomenu ludzkiego” (Osiński Z., 1972).

W latach siedemdziesiątych Grotowski i jego nowe podejście do teatru stają się słynne w całym świecie i wpływają na wielu artystów, takich jak np. Chaikin czy Schechner. Ich eksperymentowanie w teatrze koncentruje się na doświadczeniu aktora, a nie widza, zaś doświadczenia teatralne i parateatralne („Święto”) koncentrują się na spotkaniu aktorów z widzami lub uczestnikami teatralnego spotkania.

Psychodrama Jakuba Moreno

Psychodrama powstała w latach dwudziestych naszego stulecia, początkowo w Wiedniu, gdzie żył Jakub Moreno, a następnie rozwinęła się w Ameryce, do której Moreno się przeniósł. Obecnie zarówno w Europie, jak i na całym świecie jest ona jedną z wielu metod leczenia i rozwoju osobistego.

Psychodrama to przedstawianie swoich wewnętrznych problemów, konfliktów i trudności na scenie. Podczas spotkania w grupie dochodzi do wyłonienia protagonisty, osoby, która decyduje się na przedstawienie swojego problemu na scenie. Protagonista tworząc scenę, zaprasza do gry osoby z grupy, które odtwarzają postacie z jego życia. Tworzone sceny odzwierciedlają sytuacje, sny, marzenia protagonisty, które uznaje on za znaczące i chciałby je lepiej zrozumieć, zmienić swoje nastawienie do nich.

Podstawowa technika, która jest używana w psychodramie jest **zamiana ról**. Polega na tym, iż protagonista zmieniając się rolą z postaciami na scenie, tworzy dialog zgodnie ze swoimi subiektywnymi przekonaniem, wyobrażeniami i uczuciami, jakie ma w danej sytuacji przeniesionej ze swojego życia. Tak więc „teatr” tworzony na scenie jest bardzo osobistym, subiektywnym teatrem opierającym się na „wewnętrznym scenariuszu” protagonisty. Używa się także improwizacji do kreowania ról i sytuacji psychodramatycznych (Kellermann P.F., 1994).

Bardzo ważne wydaje się też dążenie do zmiany, to znaczy do takiego przekształcenia odgrywanej sceny, aby to przekształcenie przyniosło protagoniście ulgę, pomogło lepiej siebie zrozumieć i pokazało możliwość zmiany w przyszłości.

Podkreślić należy, iż to przekształcenie odbywa się w działaniu, na scenie.

Przebieg sesji psychodramatycznej zaczyna się od **rozgrzewki**, której celem jest stworzenie poczucia bezpieczeństwa, skupienie się na sobie i na grupie, wyłonienie osoby, która zdecyduje się przedstawić na scenie swoje problemy. Jeżeli taka osoba się znajdzie i stworzy scenę, zaczyna się psychodramatyczna gra. Spotkanie kończy wspólna grupowa refleksja nad odegraną sceną, która oparta jest na dzieleniu się (*sharing*) przez uczestników sesji przeżyciami, sytuacjami z ich życia podobnymi do odegranej sceny, które ta scena przywołała. Moreno przywiązywał również duże znaczenie do *katharsis*, a więc takiego przeżycia emocjonalnego, które przynosi protagoniście ulgę, oczyszcza z nagromadzonych uczuć i pozwala w nowym świetle zobaczyć problemy, konflikty.

To, co stworzył Moreno, ten „terapeutyczny teatr” posiada niezwykłą siłę oddziaływania. Wedle niego siła ta wynika, po pierwsze, z nieograniczonych możliwości człowieka i jego zdolności do zmiany. Po drugie, powstaje ona z istnienia sceny:

„scena może być schronieniem terapeutycznym, w którym ludzie z problemami psychicznymi mogą uwolnić się od przeszłości i nawiązać kontakt z teraźniejszością i przyszłością” (Roine E., 1994, str. 25).

Po trzecie, siła ta bierze się stąd, iż wszystkie trudne problemy i ich rozwiązania „stają się” w działaniu, co dostarcza jakościowo zupełnie innych przeżyć niż omawianie problemów.

Jakub Moreno tworzył też teatr, który opierał się głównie na improwizacji. Początkowo w Wiedniu wraz z grupą profesjonalnych aktorów kreował improwizacje na temat aktualnych wydarzeń, które opisywały gazety. W USA kontynuował to doświadczenie, tworząc „The Theatre of Spontaneity”, w którym początkowo działali aktorzy profesjonaliści. Dopiero po ich odejściu pojawili się „amatorzy” i Moreno rozwinął metodę psychodramy.

Teatr playbacku

Teatr oparty na metodzie playbacku stworzył Jonathan Fox w 1974 roku. Fox był dyrektorem tzw. teatru alternatywnego, gdy w roku 1973 zaczął studiować psychodramę w Instytucie Moreno w Beacon. Zafascynowany psychodramą

wkrótce rozwinął własną metodę, nazwaną „playback theatre”. Idea ta łączy wyraźniej psychodramę z teatrem, poprzez włączenie w tworzenie spektaklu wszystkich ludzi siedzących na widowni.

Zasadniczą różnicą w stosunku do psychodramy jest to, iż z widowni lub grupy wyłania się (osoba) narrator, który opowiada jakąś osobistą historię. Aktorzy profesjonalni (tak dzieje się w teatrze Foxa) lub inni członkowie grupy odgrywają tę historię na scenie. Narrator (a nie protagonista) nie bierze udziału w grze, siedzi wraz z prowadzącym z boku sceny. Zazwyczaj po pierwszej próbie odegrania sceny pojawiają się dodatkowe informacje od narratora, często bardzo ważne i wówczas aktorzy bogatsi o nowe informacje ponownie improwizują scenę (Fox J., 1981).

W tym teatrze ważną rolę spełnia muzyka. Osoby z grupy, które podczas odgrywanej sceny tworzą muzykę, używają prostych instrumentów, takich jak flet, bębenek, gitara. Improwizując na instrumentach, starają się podążać za przedstawianą historią i jej klimatem, tworzą muzyczne tło do sceny.

Odgrywana historia kończy się także pewnym przekształceniem, nowym zakończeniem, które może być efektem komentarza prowadzącego. Jeżeli narrator przyjmuje sugestie prowadzącego, dochodzi do odegrania sceny z nowym zakończeniem (Fox J., 1981).

W literaturze wymienia się siedem elementów techniki playbacku:

1) rozgrzewka; różne techniki i ćwiczenia mające zbudować dobry klimat do tego, aby wśród publiczności wytworzyło się zaufanie pozwalające na osobistą opowieść;

2) wywiad, który prowadzi prowadzący/lider z narratorem, aby pomóc mu wyłonić zdarzenia, które następnie zbudują scenę;

3) zbudowanie sceny;

4) wyłonienie emocjonalnie ważnego tematu, wątku;

5) korekta sceny emocjonalnie ważnej, odegranie jej w nowy sposób;

6) transformacja sceny, która polega na dodaniu innego zakończenia, różnego od tego, które zaszło w rzeczywistości, ma na celu otworzyć nową możliwość, szansę dla narratora;

7) muzyka, która towarzyszy całej scenie, odzwierciedla uczuciowy klimat opowiedzianej historii, wzbogaca grę aktorów (Fox J., 1981).

Jest kilka znaczących różnic między psychodramą a playbackiem:

- psychodrama jest używana głównie w psychiatrii, a playback zaprasza do udziału każdego, kto chce;
- w sesji psychodramatycznej jest jeden protagonista, zaś w playbacku może być kilku narratorów;
- w psychodramie każdy gra swoją historię, w playbacku inni członkowie grupy grają dramę narratora;
- w psychodramie lider jest bardziej aktywny; pyta, sugeruje. W playbacku prowadzący oddaje historię do grania w ręce aktorów, tak więc sceny w playbacku są kreowane bardziej kolektywnie;
- wyłonienie wielu historii w sesji playbacku szybciej przynosi grupie ważne tematy niż w psychodramie (Fox J., 1981).

Jonathan Fox uważa, że osiągnięcie *katharsis* nie powinno być w centrum uwagi prowadzącego. Najważniejszy jest narrator ze swoją historią, podążanie za nim i jego opowieścią bez względu na to, na ile ta opowieść jest kataraktyczna (Fox J., 1981).

Playback jest takim rozwinięciem psychodramy Moreno, które kładzie akcent na improvizację opartą na osobistych historiach przedstawianych przez innych członków grupy, a nie tego, który tę historię opowiada. Granie opowieści przez innych pozwala na oglądanie swojego subiektywnego świata z pewnego dystansu, a więc może pozwalać na dostrzeżenie tego, czego nie można dostrzec, będąc osobiście zaangażowanym. Wydaje się, iż w psychoterapii osób głębiej zaburzonych technika playbacku może stwarzać większe poczucie bezpieczeństwa poprzez istnienie dystansu, możliwość oglądania siebie z boku, w „lustrze” sceny tworzonej przez innych.

Dramaterapia

Dramaterapia jest zdefiniowana jako metoda posługująca się „kreatywną dramą”, w celu osiągnięcia terapeutycznych celów, takich jak: odczucie ulgi, integracja emocjonalna i fizyczna jednostki, rozwój osobowości. Możemy mówić o dramaterapii tam, gdzie teatr jest środkiem do wyrażania siebie i grupowych interakcji oraz gdzie bazuje się na technikach teatralnych (Johnson D.R., 1982, str. 83–90). Dramaterapia jest kreatywnym medium stosowanym w psychoterapii.

Dramaterapia w szerokim ujęciu obejmuje bardzo różne sposoby zastosowania technik dramatycznych w leczeniu,

wychowaniu i resocjalizacji. Powszechnie istnieją dwa znaczenia tego pojęcia:

- Dramaterapia jako teatr oparty na improwizacji, który sięga po osobiste problemy. Improwizacja w grupie ma nie tylko pomóc zanurzyć się w świecie wewnętrznym klienta/pacjenta, ale też znaleźć teatralny kształt dla jego wyrażenia.

- Dramaterapia jako gotowa propozycja teatralna (scenariusz), która ma pomóc ujawnić lub wyrazić własne uczucia, konflikty, zachowania. Celem jest także poznawanie siebie, poszerzanie świadomości „ja” oraz trenowanie ekspresji własnej.

Dramaterapia używa teatru jako narzędzia, dzięki któremu możemy bezpiecznie zbliżyć się do problemów emocjonalnych klienta/pacjenta. Teatralne zadanie jest propozycją, która przychodzi ze świata zewnętrznego w stosunku do aktora. Są to propozycje ćwiczeń, etud teatralnych opartych na gotowych pomysłach, które mogą też inspirować do improwizacji. Ponadto wykorzystywane są sztuki teatralne, gotowe scenariusze, w których zawsze pojawiają się ludzkie kłopoty, konflikty, przygody i radości. O ile klient/pacjent podejmie tę wspólną, twórczą zabawę, to może w ten sposób zmierzyć się z problemami, które są obecne w dramacie.

Dramaterapia rozwinęła się gwałtownie w latach siedemdziesiątych, szczególnie w Stanach Zjednoczonych, co zaowocowało powstaniem w 1979 roku Narodowego Towarzystwa Dramaterapii. Dramaterapia zaczęła być używana w leczeniu grup i jednostek, dzieci i dorosłych, w szpitalach i centrach dziennych, w szkołach i więzieniach (Johnson D.R., 1982, Jennings S., 1984).

Zauważono, iż drama jest dobrą techniką dla osób ciężiej zaburzonych, gdzie werbalna, na wgląd zorientowana psychoterapia nie jest możliwa do zastosowania. Do podstawowych technik zaliczana jest improwizacja i spontaniczne „granie ról”.

Głównym zadaniem dramaterapii jest stymulacja indywidualnej kreatywności i spontaniczności, dążenie do swobody w wyrażaniu siebie. Niejednokrotnie jest to bardzo trudne zadanie, a jego realizacja napotyka szereg przeszkód. W sytuacji impasu, trudności w wyrażaniu siebie samego, pomocna może być analiza odgrywanej roli. Terapeuta wraz z klientem poprzez tę analizę pomaga mu w uświadomieniu sobie wewnętrznych przeszkód, powtarzających się wzorów zachowania, które blokują zmianę (Johnson D.R., 1982).

Innymi zadaniami są te zorientowane na rozwój relacji w grupie i wartości grupowych. Dla wielu osób ciężko zaburzonych stworzenie grupy, uczestniczenie w niej, utrzymywanie związku z grupą jest bardzo trudne i obciążone lękiem. Zastosowanie dramy, w tworzeniu wyżej wymienionych wartości grupowych, może pomagać i ułatwiać ich realizację (Johnson D.R., 1982).

Johnson wymienia cztery style „grania ról” przez pacjentów/klientów, które rozpoznane przez terapeutę, pomogą mu zrozumieć trudności uczestnika dramaterapii.

Pierwszy z nich to styl „wstrzymujący się”; polega na tym, iż uczestnicy nie umieją angażować się w dramę, są osobami o ubogiej ekspresji, nie potrafią się bawić, są nieco „sztywni”. Łączy się to zazwyczaj z niskim autoportretem, małym poczuciem własnej wartości, lękiem przed wystąpieniem w grupie.

Drugi, to styl nadmiernie zaangażowany, charakteryzujący się wysokim stopniem fizycznego i emocjonalnego zaangażowania w granie ról. Osoby takie są pełne radości, entuzjazmu. Często za tą radością i samozadowoleniem czai się pustka, konieczność skupiania na sobie uwagi, pragnienie bycia wypełnionym przez rolę lub uczucia.

Styl kompulsywny dotyczy tych, którzy są „perfekcjonistami”, skupiają się na detalach, wkładają dużo wysiłku w utrzymanie samokontroli.

Styl impulsywny charakteryzuje się generalnie brakiem kontroli nad działaniem, nieprzewidywalnością, hiperaktywnością (Johnson D.R., 1982).

Rozpoznanie przez terapeutę stylu klienta pozwala na lepsze zrozumienie i dobór odpowiednich technik.

Dla pewnych klientów korzystne jest opieranie się w dramaterapii głównie na improwizacji, zaś dla innych na większym strukturuwaniu gry. Badania, które przeprowadzili Irwin, Johnson i Sandel, potwierdzają, iż psychiatryczni pacjenci potrzebują więcej struktury, aby wyzwolić kreatywność. Osoby mniej zaburzone i zdrowe potrzebują natomiast mniej struktury; jej nadmiar może hamować spontaniczną grę (Johnson D.R., 1982).

David Read Johnson, amerykański dramaterapeuta, przygotował i wystawił sześć spektakli teatralnych z pacjentami psychiatrycznymi przebywającymi na oddziale całodobowym. Sztuki te były przygotowywane przez dwa miesiące i wystawiane przed lokalną publicznością, a także w szkołach i innych szpitalach psychiatrycznych. Spektakle przygoto-

wywano, korzystając z techniki improwizacji, lecz część z nich powstała z użyciem gotowego scenariusza. Podobnie Renee Emunah reżyserowała przedstawienia w szpitalu, opierając się głównie na improwizacji i wystawiała je przed publicznością składającą się z pacjentów lub pracowników szpitala, a także lokalnej społeczności (Emunah R., Johnson D.R., 1983).

Johnson i Emunah tworzyli przedstawienia z aktorami, którzy byli w przeszłości leczeni psychiatrycznie oraz z aktorami będącymi zdrowymi osobami. W ten sposób powstał teatr „That”, który był teatrem publicznym. Spektakle skupiały nie tylko rodziny i przyjaciół, ale też taką publiczność, która nie wiedziała, że aktorami są osoby z problemami zdrowia psychicznego. Celem tego typu działań teatralnych była integracja osób chorych psychicznie ze społeczeństwem, bez nazywania, iż jest to „specjalny” teatr. Społeczne doświadczenie, które pacjenci w trakcie udziału w takiej grupie teatralnej zdobywali, było takim, jakie zdobywał każdy inny aktor.

Omawiając wpływ udziału w takiej grupie teatralnej na obraz siebie, Emunah i Johnson podkreślają, iż pacjenci lub byli pacjenci odzyskiwali wiarę w to, że potrafią sami czegoś dokonać. Nie są już tylko użytkownikami psychiatrii, ale też aktorami, którzy odnieśli sukces. Jako bardzo istotną fazę terapii autorzy podkreślają okres po spektaklu. W tym czasie, kiedy wspólna praca się kończy, nie ma prób i nie ma już intensywnego życia w grupie. Aktorzy/pacjenci nie mogą nagle zostać w pustce. W terapii najważniejszym zadaniem wówczas jest integracja uzyskanego pozytywnego obrazu siebie ze swoją tożsamością (Emunah R., Johnson D.R., 1983) oraz wykorzystanie odzyskanej wiary w siebie, w możliwość realizacji swoich planów życiowych. Korzystne są wówczas spotkania grupy nastawione na wyżej wymienione cele.

Celem dramaterapii dla osób starszych w domu opieki społecznej jest stworzenie znaczących relacji pomiędzy członkami grupy. Oczekuje się również takich efektów, jak: zmniejszenie biernej postawy, wycofania z życia, podniesienie samooceny itp. Johnson opisując wykorzystanie dramy w terapii osób starszych, podkreśla, jak ważne jest zintegrowanie przez pacjenta trzech światów, w których pozostaje on, biorąc udział w grze. Pierwszy z nich to świat grającej wspólnie grupy, opierający się na relacjach „tu i teraz”, drugi to wewnętrzny świat każdego uczestnika w relacji z innymi, a trzeci to świat zewnętrzny – rodzina, znajomi, przyjaciele.

Udział w dramie, w „graniu ról” może być wehikulem do integracji tych trzech światów (Johnson D.R., 1985). Jest to ważne ze względu na wspólnotę osób mieszkających z sobą. Starsi pacjenci przebywają we wspólnym domu nieraz do końca życia i oprócz bycia rezydentami są także tą samą osobą, która wcześniej miała swoją historię, środowisko, w którym żyła, rodzinę itp.

Znaczące relacje tworzone w tej specyficznej grupie poprzez utrzymywanie stabilnego, o wyraźnych granicach środowiska społecznego, wzmacnianie aktywności werbalnej, fizycznej i dramatycznej, pomoc w integracji przeszłości, a także nazywanie w sposób otwarty fizycznych ograniczeń poszczególnych uczestników i perspektywy śmierci (Johnson D.R., 1986).

Johnson pracował, używając dramy w szpitalu, jak sam pisze, „psychoanalitycznie zorientowanym”. Oznaczało to, iż personel szpitala wykształcony psychodynamicznie, w swojej większości posługiwał się technikami analitycznymi. Johnson pracując dramą z pacjentami, używał improwizacji w celu wyłonienia przez pacjenta takich aspektów „ja”, które były stłumione, zahamowane. Sztuki, które były wystawiane przez grupy prowadzone przez niego, były „pisane” przez grupę i powstawały w toku prób opartych na improwizacji. Ta z kolei była strukturowana bądź na proponowanych ćwiczeniach, bądź/i na problemach klienta (Johnson D.R., Munnich R.L., 1975).

Ważnym czynnikiem w dramaterapii jest powstająca sieć relacji w grupie, w której powstaje spektakl. Są to relacje:

- między aktorami;
- między odgrywanymi postaciami;
- między aktorem a postacią, którą on odgrywa;
- oraz między graną postacią a innym aktorem.

Ten gąszcz relacji może się stać terapeutyczny, gdy pacjent/aktor wraz z terapeutą i grupą omawia go i wykorzystuje do tego, aby umieć lepiej w grupie funkcjonować. Ponadto wymaga on regularnej pracy indywidualnej z terapeutą. Pomaga ona nie tylko zrozumieć relacje, lecz także uzyskać większe rozeznanie we własnym przeżywaniu grupy i swojej w niej pozycji.

David Fontana i Lucilla Valente tłumaczą proces uzdrawiania w trakcie dramaterapii w oparciu o teorię psychologicznego „odwrócenia” (Fontana D., Valente L., 1993), która jest bliższa koncepcjom behawioralnym.

Teoria ta poszukując definicji zdrowia psychicznego, zakłada, iż niektóre elementy osobowości są stabilne i spójne, a inne nie. Niestabilność manifestuje się przez zmianę z jednego sposobu zachowania na drugi. Na przykład, raz jesteśmy w naszym zachowaniu poważni i zorientowani na zadanie (w pracy), zaś raz spontaniczni i niepoważni (bierzemy udział w zabawie). Zdolność do „odwrócenia”, do zmiany między pozostającymi w opozycji sposobami zachowania, jest zasadniczą cechą zdrowia psychicznego. Kiedy jeden ze sposobów zachowania dominuje tak bardzo, że człowiek jest niezdolny do zmiany, nieelastyczny, nie uwzględnia kontekstu sytuacyjnego, wówczas nie osiąga wewnętrznej harmonii. Sztywność niejako powstrzymuje go przed poszukiwaniem i wyrażaniem swoich pełnych psychologicznych możliwości. Funkcją dramaterapii jest według autorów, odzyskiwanie tak rozumianej elastyczności (Fontana D., Valente L., 1993).

Analizując przedstawione powyżej podejścia do funkcji teatru i używania dramy dla celów terapeutycznych, trzeba zauważyć, iż leczący aspekt teatru zawarty jest przede wszystkim w pracy aktora. Działanie, granie na scenie może doprowadzić do przeżycia *katharsis* – uwolnienia spiętrzonych uczuć i odczucia ulgi zarówno w zwykłym teatrze, jak i w psychodramie, playbacku, a także w dramaterapii. Niemniej jednak w ostatnich dwudziestu latach podkreśla się, iż przeżycie *katharsis* nie jest w terapii najważniejsze. Próby przygotowujące spektakl, psychodrama, spotkania grupowe z użyciem technik teatralnych poprzez to, iż włączają aktora/klienta/pacjenta w działanie, grę w nowej, wykreowanej sytuacji, przynoszą różne doświadczenia i uczucia. To jest wystarczające, aby teatr stał się *vehiculum* psychoterapii. Aktor/uczestnik grupy szuka i wypróbowuje siebie innego lub wcześniej nieujawnianego, zмага się ze swoimi wewnętrznymi przeszkodami. Odkrywanie siebie jest bolesnym i pasjonującym wyzwaniem. Jest też doświadczeniem rozłożonym w czasie; odkryte cieniste miejsca muszą przyzwyczaić się do słońca.

Leczące działanie ma również spotkanie z publicznością; to jest przedstawienie efektu pracy i poddanie go ocenie, głównie w płaszczyźnie uczuciowej. Jeżeli aktorzy słyszą, czują oddźwięk z widowni w czasie spektaklu, jak i potem gorący aplauz, wiedzą, że ich praca jest wartością dla innych. I to wzmacnia.

Podejście rozwojowe w dramaterapii

David Read Johnson od lat osiemdziesiątych XX wieku zaczął rozwijać podejście rozwojowe w dramaterapii. Według niego paradygmat rozwojowy dla wielu ludzi ma zasadnicze znaczenie w ich rozumieniu samych siebie. Prace z połowy XX wieku pokazują, że człowiek rozwija się także w okresie życia dorosłego (Erikson, Levinson), a nie tylko w okresie dzieciństwa i dojrzewania (Johnson D.R., 1982).

Wszelkiego rodzaju zaburzenia psychiczne w tym podejściu rozumiane są jako blokada rozwoju. W leczeniu takich zaburzeń najpierw trzeba ocenić, w jakiej rozwojowej fazie nastąpiło zatrzymanie, a potem wraz z terapeutą zacząć lecniczą podróż do tych zablokowanych faz życia. Następnym etapem, o ile to będzie możliwe, jest dokonanie rozwojowych transformacji, które pokonają „przeszkody”, a zaburzenie ustąpi (Johnson D.R., 1982).

Wedle Johnsona, paradygmat rozwojowy jest związany z procesami zachodzącymi w dramaterapii.

Istnieje pięć takich ważnych procesów rozwojowych związanych z dramaterapią:

1) struktura/organizacja

Brak wewnętrznej organizacji tak, jak to ma miejsce u chorych z diagnozą schizofrenii, powoduje konieczność istnienia zorganizowanego środowiska zewnętrznego, które dałoby takim osobom oparcie. W dramaterapii zewnętrzne środowisko, strukturę zapewnia istniejące miejsce spotkań, ze wszystkimi dodatkowymi aranżacjami niezbędnymi do odbycia spotkania, członkowie grupy, lider z jasno określoną rolą.

2) sposób ekspresji (mowa, ruch, dźwięk)

Johnson przypomina trzy stadia rozwoju myślenia: senomotoryczne, w którym myśli są reprezentowane przez ruch ciała i ekspresję; symboliczne, w którym myśli są reprezentowane przez symbole wizualne, dźwiękowe, wyrażane gestem lub postawą ciała, mimiką; refleksyjne, w którym pojawiają się słowa, język lub inne abstrakcyjne symbole. Media używane w dramaterapii, takie jak ruch, drama, werbalizacja korespondują z tymi trzema stadiami reprezentacji myśli. Terapeuta może stosować różne media odpowiadające tym stadiom, używając sekwencji rozwojowej, aby porządkować każdą sesję; np. zaczynając od ruchu, dodając dźwięk, potem konstruując dramy, aby na koniec dyskutować, używając słów.

3) stopień złożoności sytuacji lub własnej aktywności

W trakcie rozwoju człowieka świat wewnętrzny staje się coraz bardziej bogaty i złożony.

W trakcie sesji dramaterapeutycznej aktywność członków grupy i ich relacje mogą być mniej lub bardziej złożone. Wydaje się korzystne, aby sesja dramaterapeutyczna rozwijała się od prostych, łatwych aktywności do coraz bardziej skomplikowanych, podobnie jak to się dzieje w trakcie rozwoju. Terapeuci czasem proponują zbyt złożone zadania i aktywności, co może powodować trudności w grupie.

4) możliwość tolerowania intensywnych uczuć bez obciążenia niepokojem

W trakcie rozwoju self staje się bardziej złożone i zorganizowane, a afekt staje się bardziej zintegrowany i mniej zagrożający. Człowiek potrafi lepiej kontrolować swoje impulsy i uczucia. W sesji dramaterapeutycznej uczucia i impulsy także muszą być kontrolowane tak, aby grupa czuła się z sobą bezpiecznie. Głównym zadaniem terapeuty jest wykreowanie poczucia bezpieczeństwa.

5) stopień złożoności relacji między ludźmi

Spostrzeganie innych, sposób wchodzenia w interakcje i relacje z innymi, także się rozwija podczas życia. Podobnie Johnson odnosi to do sesji dramaterapeutycznych; od takiego etapu w grupie, kiedy nie ma jeszcze żadnych związków między uczestnikami dramaterapii, poprzez wchodzenie w proste interakcje, do pełnych i bogatych relacji, gdzie wzajemna wymiana zachodzi między dwiema niezależnymi osobami.

Zadaniem terapeuty jest ułatwienie procesu przejścia od jednego poziomu rozwojowego do drugiego. W tym mogą pojawić się trudności objawiające się np. nagłym spadkiem energii, drop-outami, śmiechem itp. Jeżeli podczas sesji rozwijają się relacje w całej grupie lub pomiędzy dwiema osobami, każda aktywność powinna budować się na poprzedniej. Wówczas doświadczenie jest kontynuowane, istnieje „przeływ”. Wedle Johnsona, dochodzi wtedy do transformacji rozwojowej. Istnieje kontinuum doświadczenia siebie w grupie, w relacji z innymi osobami (Johnson D.R., 1982).

W innym doniesieniu (Johnson D.R., 1991), Johnson opisuje metodę „transformacji” jako bardziej rozwiniętą formę podejścia rozwojowego. Opisuje ją w kontekście terapii indywidualnej ze zmotywowanymi, neurotycznymi klientami.

Celem takiej psychoterapii jest ułatwienie rozwojowego procesu różnicowania oraz integracja prowadząca do tak peł-

nego, elastycznego i pozytywnego doświadczania, jak tylko to możliwe.

„Transformacja jest wolnym skojarzeniem sięgającym poza słowa i obejmującym ruch, dźwięk, gest i grany charakter” (Johnson D.R., 1991, str. 287).

Johnson podkreśla, iż ta metoda jest takim podejściem w dramaterapii, które opiera się na improwizacji. Kładzie nacisk na używanie tzw. sekwencji rozwojowych w formie dramatycznej, aby ułatwić spontaniczny przepływ wyobrażeń w psychice klienta: sesja rozwija się od prostych, niewielkich ruchów i łagodnych dźwięków, nazywania wyobrażeń, następnie nazywania poszczególnych ról, strukturuwanego grania ról i nieustrukturuwanego grania ról. Transformacje w swojej istocie są zaawansowaną formą nieustrukturuwanego grania ról (Johnson D.R., 1991).

Istnieją trzy ważne elementy tej metody: przestrzeń gry (*playspace*), przepływ (*flow*) oraz impas (*impasse*).

Przestrzeń gry jest interpersonalnym polem w rzeczywistości wyobraźniowej, poza światem rzeczywistym, świadomie opuszczonym przez uczestników, w której każde wyobrażenie, interakcja, fizykalizacja ma znaczenie wewnątrz dramy. Z drugiej strony, jest pewną realną przestrzenią; częścią sali, pokoju, w której odbywa się sesja. Głównym zadaniem terapeuty jest zaproszenie i utrzymanie klienta w przestrzeni gry, w której odbywa się drama. W tej przestrzeni mogą zachodzić różne aktywności związane z rolami, takie jak cisza, proste ruchy, dźwięki, nagle zaskakujące zachowania i to wszystko, co jest związane z wyobrażeniami i co jest trudne do zdefiniowania.

Przepływ jest doświadczeniem kontynuacji i związku pomiędzy uczuciami, rolami i aktywnościami wewnątrz przestrzeni gry. Terapeuta ułatwia i podtrzymuje przepływ, używając zaburzeń przepływu jako wskaźnika trudności.

Impas jest przerwaniem lub zaburzeniem przepływu i charakteryzuje się konfliktem między potrzebami sceny a pragnieniami uczestników. Czuje się wówczas spadek energii, aktorzy są „zatrzymani”. Dzieje się tak, kiedy aktorzy nie chcą z pewnego względu dopuścić do transformacji któregoś elementu roli, wątku lub jakiegoś swojego zachowania, które uznają za bezpieczne dla siebie. W innym języku mówilibyśmy tutaj o zjawisku oporu. Dla terapeuty impas ma walor diagnostyczny. Można go przezwyciężyć przez ucieczkę; zgodę obu osób na zakończenie w tym momencie sceny lub ich wyjście z ról. Metoda pozwala też aktorom na

ucieczkę z trudnej sytuacji przez zmianę sceny na inną. Dzieje się tak wówczas, gdy decydują się na pozostanie w przestrzeni gry.

W metodzie transformacji rola terapeuty jest szczególna. Jest on przewodnikiem i towarzyszem klienta w eksplorowaniu świata wewnętrznego. Lecząca obecność terapeuty wewnątrz przestrzeni gry polega z jednej strony na tym, iż jest on projekcyjnym „medium”, poprzez które drama może się rozwijać. Z drugiej zaś na tym, iż posiada on zdolność interwencji, będąc „w roli”. Na przykład, terapeuta grając w pewnym momencie rolę ojca klienta, zachowuje się tak, iż powoduje reakcję ze strony aktora, którą ten wcześniej tłumił.

Etapy terapii to:

- wolna gra, kiedy klient i terapeuta grają razem spontanicznie, poznając się nawzajem;
- konfrontacja, kiedy problemy klienta wyłaniają się w sposób coraz bardziej klarowny;
- impas, kiedy konflikty, powtórzenia i unikania intensyfikują się i klient próbuje uciec od eksploracji bolących wspomnień „leżących pod nimi”;
- przypominanie, kiedy klient i terapeuta przełamują przeszkody i dochodzi do wyłonienia z podświadomości ważnych wydarzeń, uwolnienia uczuć. Ujawnia się traumatyczna figura, która zazwyczaj grana jest przez terapeutę, potem przez klienta. W tym etapie terapii emocje przeniesieniowe i przeciwprzeniesieniowe są bardzo silne;
- integracja tych wspomnień, relacji i uczuć. Wstydlive, nieadekwatne części self znajdują akceptację (Johnson D.R., 1991).

Johnson widzi możliwość zastosowania podejścia rozwojowego w dramaterapii dla każdego rodzaju klientów/pacjentów, zarówno w grupie, jak i w psychoterapii indywidualnej. Opisuje formę tego podejścia nazywaną przez niego transformacjami w terapii z pacjentami nerwicowymi.

Wydaje się, iż dla osób z diagnozą schizofrenii ten rodzaj dramaterapii byłby zbyt trudny i ryzykowny. Propozycje stosowania dramy w psychoterapii powinny być bardziej ustrukturuowane i niesięgające tak daleko w głąb świata wyobraźni. Oczywiście, teza ta jest względna, a względność dotyczy stopnia zaburzeń i etapu leczenia. W okresie remisji pacjenci, którzy przeszli psychozę, mogą korzystać z głębszej, eksplorującej terapii indywidualnej i grupowej.

Greta Schnee opisuje możliwość użycia dramaterapii także w pracy z osobami bezdomnymi i chorymi psychicznie.

Metoda ta jest według Schnee użyteczna szczególnie w jej rozwojowym podejściu (Schnee G., 1996). Możliwość rozwinięcia przez takie osoby tolerancji na swój własny lęk i odrzucone części „ja”, a następnie integracja świata wewnętrznego pozwala na to, aby świat zewnętrzny został dostrzeżony jako bardziej bezpieczny.

Johnson w jednej ze swoich ostatnich publikacji odwołuje się do idei „teatru ubogiego” Jerzego Grotowskiego (Johnson D.R., Forrester A., Dintino C., James M., Schnee G., 1996).

Idea ta już powyżej została zarysowana w bardzo wielkim skrócie i w tych elementach, które łączą teatr z psychoterapią. Johnson metodę „rozwojowych transformacji” nazywa wręcz „ubogą dramaterapią”. Znaczy to dla niego tyle, że podstawą procesu leczącego jest **spotkanie** terapeuty z pacjentem. W „ubogiej dramaterapii” to spotkanie ma miejsce w przestrzeni gry, gdzie terapeuta i pacjent lub grupa pacjentów spotykają się i grają z sobą.

W podejściu „rozwojowych transformacji” Johnsona klient jest „tekstem” terapeuty, zaś terapeuta jest dla klienta „obiektem gry”. Terapeuta wysłuchuje i przyjmuje od klienta jego historię, problemy, uczucia. Ponadto przyjmuje to, co związane jest z jego płcią, osobowością, fizycznością czy zachowaniem. Terapeuta może spontanicznie komunikować się z pacjentem, prowadząc terapeutyczne spotkanie z zachowaniem bezpośredniości i realności.

Terapeuta poświęca swoją uprzywilejowaną pozycję, gdy wchodzi w przestrzeń gry. Jest bardzo osobiście włączony w proces terapeutyczny i wyeksponowany przed klientem.

Johnson używa postmodernistycznego ujęcia, nazywając proces terapii procesem „dekonstrukcji roli”, co oznacza, iż w terapii pacjent pozwala na wyłanianie się w nim nowych ról, a odrzucanie starych (*derolling*) (Johnson D.R., Forrester A., Dintino C., James M.J., Schnee G., 1996).

Na początku terapii klient i terapeuta znajdują się w fazie „**gry na powierzchni**”, która nie dotyczy ich osobiście; potem przechodzą do „**gry osobistej**”, gdzie gra dotyczy pewnych aspektów obrazu własnego pacjenta i jego znaczących relacji z innymi; potem dochodzi do „**intymnej gry**”, podczas której razem grają ich wzajemną relację w danym momencie; „**gra głęboka**” polega na tym, iż grają z sobą, nie opierając się na swoich rolach czy osobowościach, tylko na swojej obecności jako wrażliwych istnień. Jest to stan głębokiego bycia razem.

Johnson odwołuje się do Landego i jego koncepcji osobowości. Postmodernistyczna perspektywa w dramaterapii, którą reprezentuje Landy, wyraża się w tym, iż osobowość wedle niego to system ról, a zdrowie opiera się na elastycznej, ekspansywnej zdolności do poruszania się na powierzchni „ja” poprzez wiele ról, bez dominacji żadnej z nich. Koncepcja self jest według niego niepotrzebna. „Mit self jako pierwszego rozrusznika jest wyczerpany”, stwierdza (Johnson D.R., Forrester A., Dintino C., James M., Schnee G., 1996, str. 304).

Z kolei Grotowski, na którego powołuje się Johnson, przyjmował istnienie „self prawdziwego”, ukrytego, i tego na zewnątrz, na powierzchni, tzw. „fałszywego self”, który jest uwarunkowany społecznymi konwencjami. Niemniej jednak idee Grotowskiego przeżywały swój rozkwit w latach sześćdziesiątych, siedemdziesiątych, kiedy postmodernizm dopiero wyłęgał się w Europie. Wedle niego głęboko ukryte „prawdziwe self” jest dostępne tylko przez bolesną eksplorację. W pracy nad sobą aktor powinien dochodzić do tego prawdziwego „ja” i ofiarować je drugiemu. W spotkaniu aktora z widzem powinno dochodzić do „aktu totalnego” – prawdziwego, otwartego, szczerzego spotkania między dwiema ludzkimi istotami (Johnson D.R., Forrester A., Dintino C., James M., Schnee G., 1996; Osiński Z., 1972).

Johnson swoją metodę „rozwojowych transformacji” lokuje między modernizmem (Grotowski) a postmodernizmem (Landy). Twierdzi, iż może nie ma jednego niezmiennego self, a tylko źródło, z którego nasze istnienie się wyłania, „które jest ulokowane w naszym ciele z naszą świadomością bycia świadomymi, co prowadzi do fenomenologicznego odczucia ciągłości, co my nazywamy self” (Johnson D.R., Forrester A., Dintino C., James M., Schnee G., 1996, str. 304). Johnson uważa, że nie musimy wybierać między jedną statyczną koncepcją self a koncepcją, iż self nie istnieje. Skrajności zazwyczaj są mało przydatne w praktyce i zawężają rozumienie siebie i innych. Wierzy on, iż „self jest procesem, który wyłania się ciągle, jak fontanna lub źródło” (Johnson D.R., Forrester A., Dintino C., James M., Schnee G., 1996, str. 304). Jest to spójne z postmodernistycznymi koncepcjami tożsamości. Jedną z takich idei jest koncepcja Wolfganga Welscha, niemieckiego filozofa. Jej główną ideą jest rozumienie tożsamości jako jakości procesualnej. Na tożsamość składa się wiele jej części, struktur, które wzajemnie się przenikają, a czoło-

wiek nieustannie tworzy swoją tożsamość w procesie „stawania się sobą” (Welsch W., 1998).

Wydaje się, iż Johnson w podejściu przez ostatnie dwadzieścia lat dokonał ewolucji swoich poglądów i ich zastosowania w praktyce terapeutycznej. Obecnie widzę go jako twórcę w sumie bardzo postmodernistycznej koncepcji w ramach dramaterapii, w której czerpie z wielu podejść – od prostej pracy z ciałem poprzez elementy klasycznej psychodramy, grania ról, ćwiczeń teatralnych, do metody rozwojowych transformacji, która łączy te wszystkie elementy dramy. Z drugiej strony, korzysta ze swojej wiedzy psychoanalitycznej, metody wolnych skojarzeń, wyobrażeń, którą stosuje w ruchu i w bezpośredniej pracy z pacjentem. Wydaje się, że niezwykle trudna jest tu rola terapeuty, który musi integrować w trakcie sesji trzy role: terapeuty, figury przeniesieniowej dla pacjenta i roli, jaką „nadał” mu pacjent i którą zajmuje w dramie. Wymaga to niewątpliwie wielkiej wiedzy i praktyki.

Teatr i psychoterapia w dwudziestym wieku często korzystają z siebie nawzajem. Psychoterapeuci wykorzystują dramę, która poprzez działanie, grę, o wiele silniej oddziałuje na pacjenta niż psychoterapia werbalna. Wydaje się, iż nie ma w tej chwili podejścia w psychoterapii, które zaprzeczałoby i nie używało jakiegoś rodzaju pracy z ciałem w leczeniu różnego rodzaju zaburzeń, z wyjątkiem klasycznej psychoanalizy.

Obok Moreno i Grotowskiego, Johnson jest osobą, która kształtuje w chwili obecnej nowe, eklektyczne podejście w rozumieniu i terapii różnego rodzaju zaburzeń za pomocą dramy.

Piśmiennictwo

1. Artaud A., 1966, *Teatr i jego sobowtór*, Wydawnictwa Artystyczne i Filmowe, Warszawa.
2. Arystoteles, 1983, *Poetyka*, Zakład Narodowy im Ossolińskich, Wrocław.
3. Bielańska A., Cechnicki A., Rogoż K., 1986, *Dramaterapia jako forma rehabilitacji chorych na schizofrenię. Doświadczenia własne*, Psychoterapia 4, str. 25–30.
4. Bielańska A., Cechnicki A., Budzyna-Dawidowski P., 1993, *Drama Therapy as a Means of Rehabilitation for Schizophrenic Patients: Our Impressions*, American Journal of Psychotherapy, vol. XLV, no 4.

5. Bomba J., 1998, *Psychoterapia i poezja*, Psychoterapia 3 (106), Kraków, str. 5–11.
6. Emunah R., Johnson D., R., 1983, *The Impact of Theatrical Performances on the Self-Images of Psychiatric Patients*, The Arts in Psychotherapy, vol. 10, pp. 233–239, Ankho International Inc.
7. Fontana D., Valente L., 1993, *Drama Therapy and the Theory of Psychological Reversals*, The Arts in Psychotherapy, vol. 20, pp. 133–142.
8. Fox J., 1981, *Playback Theater, The Community Sees Itself*. In: *Drama Book Specialists*, Schatner C. & Courtney R., *Drama in therapy*, Vol. II Adults.
9. Jennings S., 1984, *Remedial drama*, Adam & Charles Black, London, Theatre Arts Book, New York.
10. Johnson D.R., 1982, *Principles and techniques of drama therapy*. In: The Arts in Psychotherapy, Vol. 9, pp. 83–90, Ankho International Inc., printed in USA.
11. Johnson D.R., 1985, *Expressive Group Psychotherapy with the Elderly: A Drama Therapy Approach*, Int. J. Group Psychotherapy 35 (1), January.
12. Johnson D.R., 1986, *The developmental method in drama therapy: group treatment with the elderly*, The Arts in Psychotherapy, Vol. 13, pp. 17–33.
13. Johnson D.R., 1982, *Development approaches in drama therapy*, The Arts in Psychotherapy, Vol. 9, pp. 183–189, Ankho International Inc.
14. Johnson D.R., 1991, *The theory and technique of transformations in drama therapy*, The Arts in Psychotherapy, Vol. 18, pp. 285–300, Pergamon Press.
15. Johnson D.R., Forrester A., Dintino C., James M., Schnee G., 1996, *Towards a Poor Drama Therapy*, Arts in Psychotherapy, Vol. 23, No 4, pp. 293–306, Elsevier Science.
16. Johnson D.R., 1984, *Representation of the Internal World in Catatonic Schizophrenia*, Psychiatry, Vol. 47, Nov.
17. Johnson D.R., 1980, *Effects of a Theatre Experience on Hospitalized Psychiatric Patients*, The Arts in Psychotherapy, vol. 7, pp. 265–272, Ankho International Inc.
18. Johnson D.R., 1984, *Special section: Perspectives, Projects and Training Facilities. The Field of Drama Therapy*, Journal of Mental Imagery, 7 (1), pp. 105–126.
19. Johnson D.R., Munich R.L., 1975, *Increasing Hospital-Community Contact Through a Theater Program in a Psychiatric Hospital*, Hospital and Community, Psychiatry, vol. 26, 7 July.
20. Kellermann P.F., 1994, *Role reversal in psychodrama*. In: *Psychodrama since Moreno*, ed. by Holmes P., Karp M. and Watson M., London and New York.

21. Kellermann P.F., 1996, *Focus on Psychodrama*, Jessica Kingsley Publishers, London and Bristol, Pensylwania.
22. Kowal A., (red.), 1996, *Moc sztuki. Innowacje w praktyce terapii sztuką i terapii kreatywnej*, KSN im. J. Babińskiego w Krakowie.
23. Osiński Z., 1980, *Grotowski i jego Laboratorium*, PIW, Warszawa.
24. Osiński Z., 1972, *Teatr Dionizosa*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
25. Roine E., 1994, *Psychodrama. O tym jak grać główną rolę w swoim życiu*, Wydawnictwo „KONTAKT”, Opole.
26. Schnee G., 1996, *Drama Therapy in the Treatment of the Homeless Mentally Ill: Treating Interpersonal Disengagement*, The Arts in Psychotherapy, Vol. 23, No 1, pp. 53–60, Elsevier Science.
27. Tatarkiewicz W., 1975, *Dzieje sześciu pojęć*, PWN, Warszawa.
28. Welsch W., 1998, *Stając się sobą*. W: *Studia Kulturoznawcze. Problemy ponowoczesnej pluralizacji kultury. Wokół koncepcji Wolfganga Welscha*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań, str. 11–34.

2. Role

„Rola nie wylania się z self,
ale self może się wyłonić z roli” J. Moreno
(Kellermann P.F., 1992, str. 118)

Stawanie się sobą

Koncepcje osobowości tworzone przez takich wielkich teoretyków jak Freud, Jung, Adler, Cattel czy Rogers przyjmowały, iż centralnym elementem osobowości jest pojęcie „ja” (self). Używali oni tego pojęcia w różnych znaczeniach: bądź jako całość procesów psychicznych, bądź zbiór postaw i uczuć osoby dotyczącej jej samej. „Ja” było pewną stałą strukturą, różnie stabilnym centrum psychicznym, mniej lub bardziej zdeterminowanym przez czynniki biologiczne czy społeczne. Inne koncepcje kładące nacisk na uczenie się i rozwój człowieka, pozostawiały w cieniu pojęcie self (Eysenck, Skinner, Miller, Dollard) (Hall C.S., Lindzey G., 1994).

Obecne postmodernistyczne koncepcje osobowości odchodzą od statycznego, strukturalnego ujmowania osobowości, na rzecz dynamicznego pojmowania „ja”. Na takim rozumieniu osobowości prezentowanym przez Landego opiera się Johnson w tworzeniu podejścia rozwojowego w dramaterapii. Wydaje się, że teorie te kreują takie pojęcie osobowości, które jest szczególnie związane z potencjałem rozwoju i zmiany; celem postmodernistycznej dekonstrukcji jest odblokowanie struktur, wytworzenie nowych form, elastyczność.

Jedną z takich idei jest koncepcja osobowości Wolfganga Welscha. Podkreśla ona ogromne możliwości i zasoby człowieka w kształtowaniu siebie. Wzmacnia tym samym, w moim rozumieniu, znaczenie ról i ich wpływ na rozwój człowieka. Przyjmowanie, ćwiczenie i rozwój rozmaitych ról w życiu powinno sprzyjać kształtowaniu się osobowości, osiągnięciu przez człowieka jego pełnych możliwości. Welsch odrzuca istnienie jakiegś jednej, określonej, stałej tożsamości. Przyjmuje, iż tożsamość ma charakter procesulany, a jażn

w znaczeniu jakiejś stabilnej struktury, metaśrodka, nie istnieje. Człowiek nieustannie tworzy tożsamość, „stając się sobą” (Welsch W., 1998). Człowiek, aby być sobą, jednoczy w sobie wiele części siebie samego, a równocześnie, aby zachować integralność musi być zdolny do dokonywania „przejsć” między licznymi poziomami swojej tożsamości. Związek między tymi poziomami, konstrukcjami przebiega „horyzontalnie – poprzez nałożenia, odniesienia i przejścia zachodzące między różnymi tożsamościami”. Ich relacja ma „przenikalną” strukturę (Welsch W., 1998, str. 32).

Istnieją, według Welscha, cztery aspekty tej struktury. Jednym z nich jest to, iż między częściami danego podmiotu istnieje połączenie „od wewnątrz”. Części te mogą na siebie oddziaływać, łączyć się lub kłócić, potwierdzać lub łudzić.

Drugim aspektem takiej osobowości, tożsamości jest „pewien kolor” (Welsch W., 1998, str. 32). Jest to indywidualny styl danej osoby, który ujawnia się w odgrywanych przez nią rolach.

Trzecim aspektem jest „pojęcie **kompetencji** podmiotu polegającej na radzeniu sobie z jego różnorodnymi zasobami i wersjami” (Welsch W., 1998, str. 32). Polega to na tym, iż osoba może używać i wzmacniać jedno ze swoich komponentów, a pomijać inne. Kompetencja to zdolność do regulowania aktywności poszczególnych części własnej tożsamości i radzenie sobie z ich wielością.

„**Przenikalność**” podmiotowych części to czwarty aspekt tak rozumianej tożsamości. Jest to bardzo ważna cecha opisująca nie tylko wzajemne oddziaływanie, ale i przenikanie nawzajem do siebie różnych części osobowości. Im większa przenikalność według Welscha, tym większa kompetencja i spójność podmiotu. Tę przenikalność nazywa transwersalnością.

Osoby, które dysponują przenikalnością, są kompetentne i dobrze sobie radzą z zewnętrznymi i wewnętrznymi wielościami. „Radzą sobie z wielością właśnie dzięki temu, że posiadają zdolność dokonywania przejść” (Welsch W., 1998, str. 32), elastycznych zmian. Tak więc, transwersalność stanowi ochronę przed niebezpieczeństwami alienacji i rozszczepienia osobowości, a także umożliwia otwartość na innych ludzi i to, co płynie do podmiotu ze świata zewnętrznego.

Tożsamość tak rozumiana jest otwarta i wieloraka, a dla człowieka, szczególnie dla artysty, o wiele bardziej interesująca poprzez nieustanne „stawanie się sobą”, a nie „bycie sobą” (Welsch W., 1998, str. 34). Innym językiem mówiąc,

Welsch podkreśla rolę elastyczności i zmienności związanej zarówno ze światem przeżyć wewnętrznych, jak i możliwością wchłaniania doświadczeń zewnętrznych.

Teoria ta wydaje się w sposób bardzo przydatny otwierać możliwości dla procesu terapeutycznego dążącego do zmiany. Im więcej elastyczności w świecie wewnętrznym i możliwości radzenia sobie w świecie zewnętrznym, tym lepiej dana osoba funkcjonuje. Poszerzenie swojego repertuaru ról wzmacnia i rozwija osobowość poprzez zwiększenie „przenikalności”, możliwości integrowania różnych części „ja”. Poprawia także funkcjonowanie w świecie społecznym.

Dynamika ról

Teoria ról Jakuba Moreno jest w wielu miejscach niejasna i niejednoznaczna. Jednakże pomimo sprzecznych elementów, które czasem zawiera, może być podstawą dla rozumienia procesów grupowych. Wielu następców Moreno próbowało porządkować jego teorie i dodawać własne przemyślenia.

Teoria roli wedle Moreno nawiązuje do metafory sceny, dramatu życia, który jest określony przez los. Rola jest zawsze związana z działaniem i jest uzależniona od wewnętrznych, jak i zewnętrznych procesów. Przez proces zewnętrzny rozumie się kontekst, społeczne oczekiwanie, w którym rola się pojawia. Moreno rozumie rolę jako „rzeczywiste i dostrzegalne kształty, które przybiera jaźń. Tak zatem definiujemy rolę jako czynnościowy kształt jednostki, cechujący ją w tym specyficznym momencie reagowania na jakąś specyficzną sytuację, w którą uwikłane są inne osoby lub rzeczy. Rolę ujmujemy jako symboliczną reprezentację tego czynnościowego kształtu, percypowaną zarówno przez daną jednostkę, jak i przez innych” (Moreno J.L., 1961).

Człowiek przyjmując różne role w życiu, jest „nośnikiem” roli. W stosunku do danej roli skierowane są określone oczekiwania. Te oczekiwania mogą ograniczać możliwości działania w roli, np. kierownik firmy nie może się zachowywać bezradnie, kiedy okradną firmę, musi podjąć jakieś decyzje związane z tym faktem: wezwać policję, założyć alarm itp. Istnieje zawsze różnica między osobą a rolą. Gdy różnica ta jest zbyt duża, to może się zmienić system oczekiwań lub nośnik roli. Kiedy kierownik firmy nie radzi sobie z sytuacją kradzieży, to może dojść do zmiany kierownika.

Teoria ról według Moreno mówi, że w tworzeniu ról biorą udział dwa czynniki: percepcja roli i decyzja jej podjęcia. Percepcja jest czynnikiem poznawczym, antycypuje przyszłe zachowania, natomiast decyzja jest zdolnością do podjęcia działania w roli.

Najpierw istnieje jakieś oczekiwanie związane z rolą, a następnie jakieś zachowania związane z rolą. Czynniki te pozostają w interakcji z sobą.

Przez całe życie człowiek wchodzi w różne role, w niektórych przebywa długo, w innych krótko, w jednych czuje się dobrze, inne są dla niego trudne lub niewygodne.

Każda rola ma swój czas trwania: okres powstawania i dojrzewania oraz zaniku. Charakterystyczna jest jej przemijalność. Jak pisze David Kipper, ta przemijalność ma dwa aspekty (Kipper D., 1988):

- po pierwsze, wyznacza różnicę między rolą a „ja”; „ja” dla Kippa, odmiennie niż u Welscha, jest ciągle w czasie, choć jego rozwój powoduje, iż też charakteryzuje się pewną zmiennością. Role natomiast są uzależnione od funkcji, kontekstu, w którym się pojawiają i wartości. Role więc pojawiają się i znikają z życia człowieka;

- po drugie, przemijalność wskazuje na pewien cykl trwania roli. Posiada on fazę formowania, utrzymywania i opuszczania roli (Kipper D., 1988).

Formowanie roli opiera się u jednostki albo na tym, czego ona doświadcza, albo „staje się” bardzo spontanicznie, bez żadnego wzoru.

Jeżeli skończy się „zewnętrzny żywot” roli, pozostaje ona elementem życia wewnętrznego i może mieć dużą siłę i wpływ na inne role i zachowania z nimi związane.

Zasadniczym czynnikiem leżącym u podstaw **utrzymywania się w roli i opuszczania roli** jest motywacja rozumiana przez niego jako satysfakcja; „motywacja (w formie satysfakcji z roli) jest procesem psychologicznym o unikalnej zdolności determinowania fazy utrzymywania i opuszczania roli” (Kipper D., 1988). W okresie pełnienia jednej satysfakcjonującej roli mogą istnieć okresy braku satysfakcji, niemniej jednak warunkiem istnienia roli jest dominacja zadowolenia. Przeważający stan niezadowolenia powoduje zanik bądź zmianę roli. Ludzie, którzy są zadowoleni z tego, co robią, pozostają w stanie nazywanym „płynnym doświadczeniem”. Doświadczenie to składa się z interakcji dwóch czynników: okazji do wyzwania, podjęcia ryzyka i umiejętności.

Spotykamy się więc tutaj z pojęciem motywacji, zasadniczym czynnikiem wpływającym na podjęcie ról, na podjęcie różnych aktywności w życiu. U osób z diagnozą schizofrenii właśnie brak motywacji do czegokolwiek, zaburzenia woli, są często dominujące w przeżywaniu świata. Nierzadko szukanie odpowiedniego sposobu na to, aby obudzić motywację własną, jest głównym wyzwaniem dla pacjenta, zespołu leczącego i rodziny.

Granie ról w teatrze terapeutycznym jest jedną z propozycji mających sprzyjać rozbudzeniu motywacji do życia. Jest to koncepcja szukania zewnętrznych propozycji w stosunku do życia wewnętrznego jednostki, które pozostaje wycofane, wy-ciszone, puste. Jest to zaproszenie do wcześniej zaplanowanej podróży. Oczywiście nie wszystko jest dokładnie przewidziane. Istnieją takie całe obszary aktywności, które mogą się zrealizować poprzez indywidualną decyzję pacjenta, improwizację lub powstają w wyniku interakcji między członkami grupy, reżyserem, tekstem sztuki.

W koncepcji Kipperera percepcja roli jest związana z koncentracją na aspekcie wyzwania, nie tylko ze spostrzeganiem roli jako takiej. Interakcja między spostrzeganym poziomem wyzwania a poziomem zdolności daje dużo satysfakcji, jeśli czynniki są w równowadze (możliwości odpowiadają oczekiwaniu). Jeśli zaś taka równowaga jest zachwiana, to powoduje to niezadowolenie człowieka.

Rozbieżność pomiędzy wyzwaniem a zdolnościami może spowodować powstanie frustracji z pełnienia roli, co z kolei może doprowadzić do dezintegracji roli, a potem do jej porzucenia. Na przykład, zdolny naukowiec jest zatrudniony do wykonywania powtarzających się, rutynowych czynności – niskie wymagania, wysokie zdolności, co może doprowadzić do zmęczenia, znużenia rolą pracownika i porzucenia jej. Może też zaistnieć sytuacja odwrotna: pracownikowi powierza się zbyt trudne zadanie, np. nawiązanie współpracy międzynarodowej w danym temacie. Pracownik nie posiada wystarczających umiejętności do wykonania zadania, np. brak znajomości języka obcego, nieumiejętność ułożenia nowego projektu, co może powodować frustrację, lęk i niemożność wykonania zadania.

Znaczenie roli, względna ważność roli odnosi się do pozycji, jaką dana rola zajmuje w repertuarze ról danej osoby. Przykładowo, rola żony jest dla danej kobiety najważniejsza niemniej jednak po urodzeniu dziecka inna rola, rola matki staje się dla niej najważniejsza. Znaczenie roli może się

zmieniać w zależności od oczekiwań innych. Może to wywoływać pewną presję na osobę, która daną rolę wykonuje; może mieć wpływ mobilizujący lub na odwrót prowadzić do frustracji, w przypadku gdy rola ta jest zbyt trudna (duże wyzwanie przy małych umiejętnościach) dla osoby.

Należy podsumować powyższe wywody stwierdzeniem, iż każda rola przechodzi cztery fazy w procesie trwania i znikania roli: utrzymanie roli, zmęczenie rolą, dezintegrację roli i jej porzucenie. Powyższe fazy tworzone są przez stany zadowolenia (satysfakcji) i braku zadowolenia (braku satysfakcji). Kiedy zaczyna dominować brak satysfakcji, może dojść do zmiany roli (Kipper D., 1988).

Te teoretyczne rozważania wydają się bardzo pomocne przy rozumieniu terapeutycznego znaczenia odgrywanych ról przez osoby biorące udział w grupie teatralnej. Ponadto mogą sprzyjać planowaniu przez chorego, jego rodzinę i terapeutów. Planowanie programu terapeutycznego i rehabilitacyjnego powinno uwzględniać takie role pacjenta, które dawały mu kiedyś lub dają obecnie satysfakcję. Taka indywidualna diagnoza rehabilitacyjna będzie wówczas bardziej trafna. Przykładem może być pacjent, który chorował wiele lat, pozostając w regularnym leczeniu ambulatoryjnym. Prawie co rok, bądź też co pół roku, musiał korzystać z leczenia szpitalnego. Był po szkole kelnerskiej i jego marzeniem było zostać kelnerem. Przez wiele lat nie było to możliwe, gdyż nikt go nie chciał zatrudnić. W związku z tym był zachęcany przez terapeutę do innych aktywności. Niestety, efekt tego długotrwałego programu rehabilitacyjnego był mizerny: pacjent regularnie wracał do szpitala. Dopiero po około siedmiu latach udało się stworzyć dla niego miejsce pracy chronionej w wymarzonej przez niego roli kelnera. Fakt ten miał taki wpływ na jego samopoczucie, iż od pięciu lat pracuje i tylko raz w ciągu tego okresu ponownie znalazł się w szpitalu.

Role w psychodramie

W metodzie psychodramy Moreno role pojawiają się w różnych formach pracy w grupie: jako zamiana ról, granie ról i role w spontanicznej, improwizowanej grze.

Zamiana ról

Podstawową techniką psychodramy Moreno jest zamiana ról. Pomaga ona protagoniście pogłębić empatyczną identyfi-

kację z ważną dla siebie osobą, którą przywołał na scenę, równocześnie pozwalając mu zobaczyć jego własne „ja” oczami tej osoby. W naszym codziennym życiu często dokonujemy zamiany ról w naszej wyobraźni; wyobrażając sobie na przykład, w jaki sposób ważna osoba postrzega mnie, jak na mnie patrzy. Kiedy indziej idąc na spotkanie, wyobrażamy sobie, jak się zachowamy i jaka będzie na to reakcja innych osób.

„Zamiana ról” – jak pisze Eva Roine – „pozwała... odkryć ekstrazeczywistość, czyli ten wymiar osobistego przeżycia jednostki, który nakłada się na inne osoby. W rzeczywistości dochodzi przy tym do pewnego rodzaju spontanicznej projekcji, z którą protagonista musi się utożsamiać lub się od niej zdystansować” (Roine E., 1994, str. 104).

W zamianie ról przeżywa się siebie samego z perspektywy roli innej osoby, a więc protagonista otrzymuje możliwość intelektualnej oceny formy wypowiedzi i ich uczuciowej zawartości.

Zamiana ról zawiera trzy wzajemnie powiązane procesy:

- empatyczne podjęcie roli;
- działanie w roli;
- *feedback* (informacje zwrotne) z roli (Kellermann P.F., 1994).

Empatyczne podjęcie roli zachodzi wtedy, kiedy jedna osoba próbuje wejść w osobisty świat kogoś innego. Używa wszystkich swoich uczuciowych, kognitywnych i przejawiających się w zachowaniu umiejętności tak, aby podjąć rolę tej drugiej osoby i „stać” się nią na chwilę.

Działanie w roli zaczyna się wtedy, kiedy osoby wciągnięte w zamianę ról próbują działać w swój subiektywny sposób. Osoba, która podejmuje rolę innego, stara się zrekonstruować jego zachowanie i słowa.

W procesie ***feedbacku* z roli** osoby grające w scenie reflektują swoje przeżycia i spostrzeżenia z pozycji zewnętrznego obserwatora. Refleksje te dotyczą ich samych, ról, które podjęli, i wzajemnej interakcji między rolami (Kellermann P.F., 1994).

Kellermann rozróżnia dwa rodzaje zamiany ról:

a) klasyczny (*reciprocal*), gdzie włączone są dwie realne osoby, nawzajem zmieniające się rolami (wzajemna zamiana ról);

b) niekompletny (*representational*), gdzie jedna osoba jest nieobecna i reprezentowana przez „ego pomocnicze”, czyli kogoś z grupy, kto gra rolę osoby nieobecnej.

Wzajemna zamiana ról ma być pomocna przy rozwiązywaniu problemów ze światem społecznym. Pomaga w rozwiązywaniu konfliktów między ludźmi i w radzeniu sobie z innymi problemami w relacjach.

Niekompletna zamiana ról, oparta na koncepcjach teorii z obiektem, służy eksternalizacji i interpolacji wewnętrznego świata protagonisty. Ten rodzaj zamiany ról jest procesem intrapsychicznym, dotyczącym jednej osoby. Zamiana ról może dotyczyć nie tylko innej, nieobecnej, przywołanej przez protagonistę osoby, ale też uczuć protagonisty. Na przykład, jeżeli protagonista chce pozbyć się lęku, ten lęk można przywołać na scenę w postaci jakiegoś przedmiotu, który go symbolizuje lub osoby z grupy, która taki lęk zagra. Poniższy przykład będzie to ilustrował.

W grupie prowadzonej metodą psychodramy jeden z pacjentów, Ludwik, skarżył się na lęk, który przeszkadza mu w codziennym funkcjonowaniu.

Po wyjściu na scenę, powiedział: „Czuję lęk, który mnie obezwładnia i przez niego jestem do niczego, nie mogę robić różnych rzeczy”. Poprosił na scenę kolegę, który miał zagrać jego obezwładniający lęk. Kiedy doszło do zamiany ról między Ludwikiem a jego lękiem, pacjent grając swój własny lęk powiedział do siebie: „Jestem ci potrzebny, beze mnie musiałbyś tyle rzeczy zrobić! Musiałbyś się zmobilizować i znaleźć sobie pracę, wziąć odpowiedzialność za swoją rodzinę. Dobrze ci jest ze mną, bo inni mniej od ciebie wymagają.”

Następnie będąc już we własnej roli, nazwał te wszystkie sfery życia, które są schowane za jego lękiem. Były to trzy sprawy, które przedstawiały trzy osoby z grupy: niedokończona praca magisterska, praca zarobkowa i rodzina. Ludwik próbował różnych sposobów radzenia sobie z lękiem. Najpierw lęk został zabrany ze sceny przez prowadzącego, co wywołało odruch paniki u Ludwika i ucieczkę w róg sali. Potem lęk został ponownie przyprowadzony na scenę i pacjent próbował znaleźć sposoby na odsunięcie go, obejście, lecz nie był z tego zadowolony. Ostatecznie postanowił wyrzucić lęk ze swojego życia, co po kilku próbach w końcu mu się udało. Był z tego zadowolony, poczuł wyraźną ulgę.

Przez kilka następnych dni wracał w rozmowach do swojego przeżycia i miał przekonanie, iż zrobił pewien krok w kierunku uporania się z lękiem, krok, który pozwala mu skonfrontować się z najważniejszymi sprawami w jego życiu.

Głównym celem takiej zamiany ról, która została zilustrowana powyżej, jest osiągnięcie wewnętrznego spokoju, rozwiązanie wewnętrznych konfliktów i lepsza integracja „ja” (Kellermann P.F., 1994).

Wydaje się, iż z jednej strony, zamiana ról zarówno ta „wzajemna”, jak i „niekompletna” może być bardzo pomocna w psychoterapii osób głęboko zaburzonych psychicznie. Z drugiej zaś, zamiana ról może być o tyle niebezpieczna, iż po psychozie granice „ja” są kruche i łatwo je naruszyć. W związku z tym wchodzenie w rolę innej osoby, np. matki czy też lęku, może wprowadzić pacjenta po psychozie w taki rodzaj pomieszania, który nie będzie leczniczy. Doświadczenie i intuicja terapeuty są zabezpieczeniem przed możliwością pogorszenia stanu psychicznego pacjenta.

Psychodrama może być stosowana w psychoterapii psychoz, o ile są spełnione następujące kryteria:

- 1) osoby podejmujące taką psychoterapię są w ustabilizowanym stanie zdrowia, bez ostrych objawów psychozy;
- 2) posiadają przynajmniej częściową motywację do uczestniczenia w grupie;
- 3) mają podstawowe umiejętności pracy w grupie;
- 4) nie wykazują zaburzeń poznawczych.

W takiej grupie pojawiają się trudności związane ze specyfiką zaburzeń osób biorących udział w psychodramie. W zamianie ról są one następujące:

– okresowe kłopoty z koncentracją, polega to na tym np., iż „ego pomocnicze”, czyli osoba grająca rolę np. lęku protagonisty niedokładnie powtarza kwestię, ze względu na chwilową dekoncentrację. W tej sytuacji lider może prosić protagonistę o powtórzenie wypowiedzi, sam ją przypomina lub ewentualnie prosi grupę o podpowiedź. Sytuacja taka zdarza się zazwyczaj w okresie początkowym istnienia grupy, kiedy sama zamiana ról nie jest jeszcze dobrze znana i „oswojona”;

– wypadanie z roli, które polega np. na tym, iż grając rolę swojego ojca, protagonista nie wypowiada się w roli ojca, tylko w swoim własnym imieniu. Terapeuta w tej sytuacji może w różny sposób „przywołać” protagonistę do granej roli;

– pewna żmudność techniki, która szybciej niż u innych może wywoływać uczucie zmęczenia, ze względu na ogólnie większą męczliwość osób po psychozie.

Co może dać osobom po psychozie technika zamiany ról? To, co daje wszystkim innym osobom, a więc najogólniej mówiąc poszerzenie i pogłębienie wiedzy o swoim świecie wewnętrznym, a przede wszystkim:

- zrozumienie źródeł swoich zachowań oraz
- zrozumienie relacji ze znaczącymi osobami w swoim życiu.

Należy podkreślić, iż zamiana ról jest techniką, która bardzo szybko przenosi nas w wewnętrzny świat protagonisty. Można ją porównać do magicznego latającego dywanu, który bez względu na czas i przestrzeń może dotrzeć wszędzie tam, gdzie skieruje go protagonista. Posiada moc operowania czasem i przestrzenią i jest także precyzyjną, czasem wręcz znużającą techniką porządkującą subiektywną podróż w głąb siebie.

Granie ról

W psychodramie nieco inną funkcję niż zamiana ról spełnia psychodramatyczne granie ról.

Granie ról jest formą doświadczania i uczestniczącego uczenia się różnych zachowań, a taki rodzaj „uczenia się” przynależy do psychoterapii. Granie ról pomaga w poszerzeniu repertuaru ról, którymi człowiek się posługuje.

Z tego punktu widzenia Blatner podkreśla, że:

- granie ról może zwiększyć umiejętności dokonywania wyboru;
- dzięki graniu ról można docenić znaczenie i wartość różnych aspektów życia, takich jak zabawa, taniec, rywalizacja, ambicje, osiągnięcia i wiele innych;
- poprzez granie ról innych ludzi zwiększa się możliwość empatii;
- doświadczając przez granie ról różnych zachowań, osoby grające mogą docenić własną witalność, wolę, autentyczność, uczucia, poczucie bycia sobą;
- granie ról zwiększa elastyczność człowieka, pozwala na rozwijanie różnych zachowań w różnych rolach i w różnych sytuacjach, np. w roli ojca, syna, nauczyciela itp. (Blatner A., 1988).

Blatner w swoim rozumieniu funkcji, jaką spełnia granie ról, jest bardzo bliski wcześniej wspomnianym autorom koncepcji „psychologicznego odwrócenia”. Tą funkcją jest uczenie się i rozwijanie elastyczności w zachowaniu, co powinno sprzyjać większej stabilności psychicznej i lepszemu funkcjonowaniu społecznemu.

Granie ról zawiera element nazywany przez Kellermanna „as if” („jak gdyby”) (Kellermann P.F., 1992). Oznacza to, że gdy podejmujemy rolę, początkowo zachowujemy się „jak gdyby” bylibyśmy graną postacią. Kiedy gramy surowego dy-

rektora lub małe dziecko, zachowujemy się tak, jak byśmy byli surowym dyrektorem lub małym dzieckiem. Używamy różnych własnych atrybutów, własnych możliwości do grania roli, a dopiero o wiele później może dojść do tego, co nazywamy identyfikacją z rolą. Wówczas poprzez włączenie doświadczenia z roli w nasze uczucia i myśli możemy osiągnąć poczucie jednorodnego „ja”. Nierealistyczne i nieautentyczne cechy czynnika „jak gdyby” znikają jako rezultat uczuciowego zaangażowania uczestnika psychodramy. W ten sposób granie ról staje się świetnym narzędziem wydobywania autentycznych uczuć i zachowań.

Podjęcie roli innego jest także esencją wszystkich procesów internalizacyjnych: naśladowania, odzwierciedlania, identyfikacji, introjekcji i asymilacji (Kellermann P.F., 1994). Dokładnie ten sam proces (opisany w następnych rozdziałach) zachodzi przy graniu roli w teatrze terapeutycznym.

Nazwane w ten sposób możliwości grania ról dotyczą istoty zaburzeń schizofrenicznych. Właśnie z rolami chorzy na schizofrenię mają największe kłopoty. Albo nie mieszczą się w rolach społecznych, nie umieją ich pełnić, albo inaczej odczytują znaczenie różnych sytuacji międzyludzkich, w tym także ról innych osób.

Gęsta sieć informacji płynąca od świata społecznego w pewnym momencie przerasta ich możliwości percepcji, nadają jej inne znaczenie.

Podsumowując, należy podkreślić, iż granie ról jest w literaturze określane jako efektywne w dwóch sferach:

- w pomaganiu ludziom w rozróżnieniu między fantazją a rzeczywistością, między „ja” a innymi, co wzmacnia poczucie tożsamości;
- w rozwijaniu repertuaru ról i ekspresji własnej.

Granie ról pojawia się w psychodramie w dwojaki sposób: jako granie roli przez „ego pomocnicze” lub jako granie ról nastawione na określony trening społeczny.

Granie roli jako ego pomocnicze może być zilustrowane opisaną powyżej psychodramą Ludwika. Rolę lęku w tej psychodramie zagrał Daniel. Był więc „ego pomocniczym”. Po pierwszej zamianie ról Daniel dostał informację, iż lęk, który ma zagrać, jest lękiem czupurnym, nieco agresywnym i posesywnym w stosunku do Ludwika. Początkowo Daniel w tej roli był oszczędny w pokazywaniu tych cech lęku ze względu na własną nieśmiałość, delikatny sposób wyrażania się, słabą ekspresję. Zachęcony przez lidera, musiał zdobyć się na wy-

powiadanie kwestii lęku z większą ekspresją, a więc głośno i zaczepnie. W pewnym momencie sceny miał nawet te cechy wyolbrzymić, aby sprowokować Ludwika. Mimo pewnych trudności udało mu się to zrobić. Był zadowolony z siebie, z wydobytej z siebie agresywności i siły.

Inną odmianą grania ról jest zastosowanie go jako treningu społecznego, które od wielu lat weszło w różne programy leczenia schizofrenii i stało się dość powszechną formą terapii. Początkowo było ono bardzo szkolne, oparte na ćwiczeniu bardzo konkretnych, szczegółowych zachowań. Taki sposób używania gry okazał się mało skuteczny, gdyż nie dochodziło do przeniesienia wyuczonych zachowań w pełne niespodzianek i zmian życie. To potwierdziło przekonanie, że powinno dojść do uwewnętrznienia doświadczenia związanego z graniem ról, włączenia go w całe doświadczenie życiowe pacjenta.

Doświadczenie związane z grupą teatralną pacjentów i ich graniem postaci dramatu potwierdza wartość internalizacji doświadczeń z gry, co wydaje się oczywistym stwierdzeniem, choć nie zawsze możliwym do zrealizowania.

Role improwizowane

Inną techniką są gry grupowe lub scenki, gdzie role odgrywa się spontanicznie. Trzeba więc samemu zbudować daną rolę, wypełnić ją jakimiś cechami, zachowaniem i wyglądem.

Osoby po psychozie mają trudności ze spontanicznym graniem ról. Jest im trudno wcielić się w rolę innego, zwłaszcza gdy dana postać nie jest wyraźnie określona lub sami muszą ją najpierw stworzyć w swojej wyobraźni, a potem na scenie. Jeżeli zaś istnieje jakiś zarys roli, jej nawet lakoniczne określenie, to improwizacja jest dla pacjentów o wiele łatwiejsza. Dołączenie elementu zabawy do improwizacji także ułatwia grę, wyzwala swobodę i spontaniczność. Tego typu improwizacja pomaga też wydostać się energii, która po chorobie jest stłumiona, zamknięta w wewnętrznej pustce.

Role w teatrze

Wielu aktorów niejednokrotnie podkreśla, jak dane role wpłynęły na nich, ich życie, jak mogli oni dokonać pewnego rozwoju osobistego dzięki granym rolom.

Rola teatralna jest powiązana na różne sposoby z rolami, jakie pełni człowiek w swoim własnym życiu. Te powiązania nie sposób prześledzić, choć mają one ogromny, bardzo różnicowany wpływ na kreację aktorską.

W swoich rozważaniach nad kreacją aktorską Gustaw Holoubek twierdzi, iż rola „stanowi dzieło umysłu, a nie serca” (Hausbrandt A., Holoubek G., 1986, str. 55). Zagranie przez aktora roli wymaga dużego wysiłku intelektualnego, w celu znalezienia syntezy cech granej postaci. Rola powinna być przede wszystkim dobrze przemyślana, aby wyrażała jak najpełniej postać dramatu. Nie może ona, według niego, bazować na autentycznych emocjach, gdyż wtedy sprowadza aktora „na manowce ekshibicjonizmu”, zbliża się do terapii własnej aktora. A to, co terapeutyczne, często nie jest artystyczne.

„Rola powstająca z inspiracji intelektualnej oddaje aktorowi niewiarygodnie szeroki obszar władania rzeczywistością sceny, a więc i widowni. Polega to na świadomości celowego, kontrolowanego i skutecznego używania środków, powodowania rzeczywistością kreowaną, a jednocześnie pozwala artyście poddać się inspiracji płynącej ku niemu od publiczności” (Hausbrandt A., Holoubek G., 1986, str. 62).

Tak więc, według Holoubka uleganie własnym uczuciom i ujawnianie ich na scenie jest tylko niepotrzebnym, intymnym zachowaniem mogącym spowodować „szok” widowni, która jest narażona na autentyczny szloch, radość, wstyd. Widownia przychodzi do teatru w poszukiwaniu przeżycia estetycznego, nie autentycznej tragedii. Dystans do roli, wykreowanie jej za pomocą inspiracji intelektualnej, pozwala na stworzenie prawdziwej kreacji aktorskiej.

„Gra aktorska, świadoma, sterowana rola, nad którą w pełni panuje on i poprzez którą włada widownią, jest rodzajem wyczerpującej człowieka biologicznie emocji intelektualnej” (Hausbrandt A., Holoubek G., 1986, str. 69).

Właśnie taka gra aktorska, takie kreowanie roli, wyzwala u publiczności rozmaite uczucia bez utraty dystansu do rzeczywistości spektaklu. Aktor, świadomie używając danego repertuaru zachowań w roli, chce doprowadzić do powstania określonych wzruszeń u widza, chce wzbudzić zarówno odprężenie, jak i napięcie, tak zainteresować, jak i wzbudzić energię.

Aktor musi dobrze poznać uczucia i zachowania granej postaci, głęboko przemyśleć sposoby ich wyrażenia po to, aby

w sposób świadomy kreować je potem na scenie. Ubrać je w formę teatralnej gry dla poruszenia publiczności. To poruszenie dotyczy sfery intelektualnej i emocjonalnej. Jeżeli będzie prawdziwym wzruszeniem, przeżyciem toczącego się dramatu, wtedy to dojdzie do autentycznego spotkania aktorów z widownią.

Znaczenie roli w teatrze terapeutycznym

W teatrze terapeutycznym to, co napisano powyżej o roli i jej funkcji, znajduje zastosowanie. Praca nad rolą w sztuce ma pomóc pacjentowi z jednej strony poznać uczucia, zachowania, myśli granej roli, a z drugiej strony poprzez odniesienie do siebie sprawić, iż zacznie on się przyglądać swoim własnym uczuciom i zachowaniom. Poprzez granie ról pacjent może przyglądać się swoim rolom życiowym i ewentualnie poszerzyć ich repertuar. Właśnie z tego powodu przygotowywanie spektaklu jest tak bardzo rozciągnięte w czasie. W tym okresie toczy się proces terapeutyczny. Rola jest prowokacją, jest inspiracją do rozeznawania się lepiej w swoich przeżyciach, poznawania ich ukrytych części. Rola jest trampoliną, od której odbija się pacjent w poszukiwaniu uczuć. Ponadto rola jest konstrukcją, na której opiera się pacjent przy eksperymentowaniu w różnych zachowaniach związanych z graną postacią.

W pierwszym okresie pracy nad sztuką, poprzez rolę pacjent sięga do własnych uczuć, myśli i zachowań. Następnie, kiedy spotkania bardziej przypominają zwykłe próby w teatrze, przy pomocy reżysera, aktor szuka ekspresji dla danej postaci. Zachodzi wówczas proces opisany przez Gustawa Holoubka – opracowanie intelektualne roli prowadzi do świadomej, kontrolowanej gry. Budowany jest dystans do roli.

Można więc wyróżnić trzy etapy pracy nad rolą w teatrze terapeutycznym:

- 1) poznanie roli, czyli zapoznanie się z nią w tekście sztuki, zrozumienie jej, odniesienie jej do siebie;
- 2) opracowanie strategii wyrażenia danej postaci, szukanie sposobu jej przedstawiania i wypracowanie stabilnych form ekspresji tej roli;
- 3) włączenie pewnych aspektów zachowań poznanych w roli w repertuar ekspresji własnej.

Kilka lat temu doszło do zmiany w pracy teatru terapeutycznego. Najpierw pacjenci zapoznają się z rolą w grze; za-

zwyczaj wszyscy próbują różne role, różne sceny, niejako w działaniu zapoznając się z dramatem. Do omawiania postaci i indywidualnej pracy nad rolą dochodzi dopiero w następnym etapie. Zmiana ta została spowodowana tym, iż wielu pacjentów mając kłopoty z pamięcią i koncentracją, miało trudności w początkowej pracy intelektualnej nad tekstem. Obecnie praca z tekstem jest poprzedzona zapoznaniem się z fabułą i rolami poprzez własną aktywność sceniczną.

Najtrudniejszym, bo w zasadzie całkowicie ukrytym procesem, jest włączenie, przeniesienie pewnych doświadczeń z gry i odtwarzania roli, w swój własny sposób ekspresji. O takim procesie możemy dowiedzieć się tylko poprzez świadomą refleksję grającego pacjenta.

Czasem pewne treści związane z odgrywanym dramatem przenoszą się w psychikę aktora na poziomie bardziej bogatego rozumienia siebie, innych ludzi i wzajemnej relacji.

Czasem przez teatr pewne treści podświadome wydostają się na powierzchnię świadomości. Kiedy indziej zaś pacjent może włączyć pewne sposoby zachowań w roli w ekspresję własną.

Z doświadczenia wiadomo, iż nie zawsze zmiany w zachowaniu łączą się z poszerzeniem pola świadomości. Ten proces może dokonać się na „poziomie ciała”.

Oznacza to na przykład, iż pacjent nauczy się swobodniej posługiwać swoim głosem, w ogóle głośniej mówić, co nie oznacza, iż uporał się z lękiem przed oceną. Może nie dopuszczać do świadomości lęku, gdyż lęk ten wiąże się np. z postacią bardzo krytycznej matki, a obwinianie jej o krytykę jest dla niego niewybaczalne.

Najkorzystniejsze efekty terapeutyczne zaobserwowano wówczas, gdy udało połączyć się doświadczenia pacjenta z głębszą refleksją nad tym doświadczeniem.

Piśmiennictwo

1. Blatner A., 1988, *Acting - In. Practical Applications of Psychodramatic Methods*, Springer Publishing Company, New York.
2. Hall C.S., Lindzey G., 1994, *Teorie osobowości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
3. Hausbrandt A., Holoubek G., 1986, *Teatr jest światem*, Wydawnictwo Literackie, Kraków, str. 62.
4. Kellermann P.F., 1996, *Focus on Psychodrama*, Jessica Kingsley Publishers, London and Bristol, Pensylwania.

5. Kellermann P.F., 1994, *Role reversal in psychodrama*, In: *Psychodrama since Moreno*, P. Holmes, M. Karp and M. Watson, London and New York.
6. Kipper D.A., 1988, *On the definition on Psychodrama: Another View*. In: *Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 41, str. 164–168.
7. Moreno J.L., 1961, *The Role Concept: at Bridge between Psychiatry and Sociology*, *American Journal of Psychiatry*, vol. CXIII.
8. Roine E., 1994, *Psychodrama. O tym jak grać główną rolę w swoim życiu*, Wydawnictwo „KONTAKT”, Opole.
9. Welsch W., 1998, *Stając się sobą*, W: *Studia Kulturoznawcze. Problemy ponowoczesnej pluralizacji kultury. Wokół koncepcji Wolfganga Welscha*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań, str. 11–34.

3. Czas i przestrzeń

„Czas, ściśle biorąc, nie istnieje (chyba teraźniejszość jako granica),
a jednak jemu to jesteśmy poddani.

Taka jest nasza dola. Jesteśmy poddani temu, co nie istnieje”.
(Weil S., 1991, str. 126)

Czas i tożsamość

Pojęcie czasu i przestrzeni zawsze zajmowało filozofów, fizyków i ludzi teatru. Są to te dwa wymiary naszej rzeczywistości, które ciągle pokonujemy, i poprzez które jesteśmy pokonywani. W teatrze mają one swoje szczególne znaczenie, gdyż właśnie nimi operuje dramat po to, aby nas przenieść w swój świat – w rzeczywistość teatralną.

Jednym z najwcześniejszych filozofów rozważających naturę czasu był św. Augustyn (IV wiek), który odnosił ją do myśli chrześcijańskiej. Uważał on, że stworzenie świata, Objawienie Chrystusa i sąd ostateczny są tymi wydarzeniami w naszych dziejach, które dają nowe pojęcie o wieczności jako przeciwieństwie przemijania i tymczasowości. Poprzez nadejście Chrystusa zaistniało coś, co zaprezentowało wieczność. Wieczność, trwającą przed zaistnieniem czasu i po upływie czasu. Bóg stworzył czas, kiedy stworzył świat, bez świata nie byłoby czasu. Bóg jest wieczny, a człowiek związany z przemijającym czasem. Człowiek, który jest stworzony na podobieństwo Chrystusa, żyje w dwóch czasach: czasie wiecznym i tymczasowym. Dla człowieka teraźniejszość jest jedynie tym, co „jest”. Przeszłość się już stała, a przyszłości jeszcze nie ma. Czas istnieje więc w duszy człowieka jako wspomnienie (*memoria*), jako odbiór tego, co jest (*continuus*), lub jako oczekiwanie tego, co się może wydarzyć (*expectatio*). Wedle Augustyna, osadzenie życia człowieka na ziemi w dwóch perspektywach czasowych – w tymczasowości i wieczności, daje podstawę egzystencji ludzkiej, nadaje życiu znaczenie i sens (Eriksen T.B., 1999).

Te dwa aspekty czasu, pewien dualizm w opisywaniu zjawiska czasu, przewijać się będą na różne sposoby w myśli filozoficznej przez kolejne stulecia aż do dnia dzisiejszego. Na przykład, wiele wieków później Isaac Newton (XVII w.) wprowadził pojęcie czasu absolutnego i względnego. Czas absolutny, według niego, to czas, który płynie równomiernie i niezależnie od czegokolwiek zewnętrznego, jest pierwotny w stosunku do ruchu, jest tworzony przez Boga. To „Bóg poprzez swoje istnienie zawsze konstytuuje nieskończony czas” (Dzielski M., 1995, str. 638). Taki czas jest czasem obiektywnym. Czas względny, subiektywny, jest tym czasem, z którym stykamy się bezpośrednio w naszym codziennym doświadczeniu, jest on wtórny w stosunku do czasu absolutnego. Miarą trwania czasu względnego, nazywanego też pozornym, jest ruch (godzina, dzień, miesiąc).

Rozważania nad czasem i jego naturą, a także jego wpływem na człowieka, odwołują się do wymiaru realnego upływu czasu, łatwo przez nas obserwowanego, jak i do wymiaru metafizycznego.

Istnieją takie koncepcje filozoficzne, które reflektują zagadnienia związane z czasem, istnieniem i naturą człowieka w sposób szczególnie pomocny dla psychoterapii. Do takich koncepcji należy fenomenologia.

Polski współczesny filozof, Ingarden, w swoich rozważaniach nad czasem, odnosi go do tożsamości (Ingarden R., 1999). Rozumie on inaczej tożsamość niż wcześniej wspomniany Welsch. Ingarden przyjmuje istnienie pewnego stałego „ja”, niezmienniej konstrukcji tożsamości. Zauważając jednak zmienne cechy owego „ja” i ogromne możliwości rozwoju człowieka, jest w tym zakresie częściowo zbieżny z poglądami Welscha.

Dla Ingardena tożsamość oznacza

„1. że w ciągu całego życia jestem jednym indywiduum; 2. że w ciągu tegoż życia pozostaję tym samym człowiekiem w pełnej swej jakościowo niezmiennie określonej naturze” (Ingarden R., 1999, str. 42).

Przeżycia, stany i procesy psychiczne człowieka są zmienne, a to, co istnieje niezmiennie, to „trwały byt”, który jest istotą naszej tożsamości.

W związku z tym doświadczamy czasu na dwojaki sposób. Z jednej strony, czujemy się niezależni od czasu, gdyż w głębi pozostajemy zawsze tą samą istotą – „przemijanie nie płynie z istoty czasu lub z istoty bytu, lecz tylko z natury działania się (stawania się). Ja jednak, który nie jestem działaniem się,

lecz czymś istniejącym, pozostaję w czasie" (Ingarden R., 1999, str. 45). W tym znaczeniu czas „pozostawia mię nienaruszonym”. Z takiego doświadczenia czasu płynie, według Ingardena, specyficzny stosunek do niego; czujemy się niezależni od czasu, przezwyciężamy go, żyjemy nastawieni na przyszłość. Posiadamy poczucie ciągłości naszej tożsamości, niezmiennego istnienia pewnego centrum naszej osoby.

Z drugiej strony, doświadczamy czasu w roli niszczytel-skiej dla naszego istnienia, poprzez jego wpływ, a ponadto poprzez przekonanie, „że ja jako osoba sam się dopiero konstytuuję w różnorodnych, przeżyciowych perspektywach czasowych” (Ingarden R., 1999, str. 49).

Niezależnie od nas, naszej tożsamości, „bytu trwałego”, a także niezależnie od tego, co robimy, czas płynie, a my rośniemy, dojrzewamy, przemijamy. To nie my mamy władzę nad czasem, tylko on nad nami. Ingarden zastanawia się dalej, czym my, wchłaniając coraz to nowe doświadczenia, jesteśmy w „nowym teraz” i czym jest nasze niezmienne „ja” wobec tych dwóch niezgodnych doświadczeń czasu.

Uważa on, że to, kim człowiek jest, jest wplecione w czas, gdyż na to, kim on jest, składa się to, kim był w przeszłości. Człowiek rozumie siebie w teraźniejszości w odniesieniu do swojej przeszłości.

Człowiek dotkliwie czuje wpływ czasu, stara się robić różne rzeczy, aby się czasowi przeciwstawić; może być bardzo aktywny, „zabijać czas” poprzez wynajdywanie różnych zajęć, którymi „wypełnia” czas. Wedle Ingardena, człowiek winien dopuszczać do siebie wszystkie uczucia, pragnienia i myśli, nawet te najboleśniejsze, aby być siebie świadomym. Jest wówczas pełniej sobą samym. Człowiek usiłuje także utrwalić siebie w swoich czynach i dziełach, choć one są nietrwałe. Te wszystkie próby zapanowania nad czasem nie są w stanie uspokoić człowieka. Wie on bowiem, iż nie można czasem zawładnąć. Niepokój może tylko okiełznać ten, kto poczuje się niepodległy czasowi i przemijaniu (Ingarden, 1999). Aby te ślady trwałego bytu (niepodległego czasowi) odnaleźć, trzeba „przy sobie pozostać”, twierdzi Ingarden, a więc zwiększać swoją samoświadomość oraz budować siebie samego na podstawie zaufania do siebie. Uważa też, że czas pomaga wówczas w ugruntowaniu swojego ducha w sobie. Człowiek, który siebie posiada, dokonuje takich czynów, które chronią go przed rozbiciem wewnętrznej jedności i wiary w siebie. W takich właśnie czynach przejawia się trwałe „ja”. Jeżeli człowiek zmagą się z trudnościami życia, idąc nie-

ustannie naprzód, realizuje siebie, podejmuje wysiłek przeciwności lęku i cierpienia – wówczas nie rozpada się w czasie. Czyżże jest więc człowiek w swoim trwałym bycie, swoim „ja”, istniejący w czasie, który go obejmuje?

„Raz powstały, bez względu na to, z jakich sił i na jakim podłożu, jestem siłą, która sama siebie mnoży, sama siebie buduje i sama siebie przerasta, o ile zdoła się skupić, a nie rozproszy się na drobne chwile ulegania cierpieniu lub poddawaniu się przyjemności”. „Jestem siłą, co chce być wolna. I nawet trwanie swoje wolności poświęci. Trwać i być wolna może tylko wtedy, jeżeli siebie samą dobrowolnie odda na wytwarzanie dobra, piękna i prawdy. Wówczas dopiero istnieje” (Ingarden R., 1999, str. 68).

Przytoczona w wielkim skrócie koncepcja Ingardena tożsamości i czasu, w którym ta tożsamość istnieje, jest ideą budzącą nadzieję, pełną afirmacji człowieka i jego możliwości, podobnie jak teoria Welscha. W niej bowiem znajdujemy twierdzenie, iż tak wiele zależy od samego człowieka w kształtowaniu jego osobowości i własnego życia. Jednostka nie jest zdeterminowana swoją konstrukcją biopsychosocjalną; może zawsze wpływać i zmieniać siebie samego.

Cały proces leczniczy w terapii osób z diagnozą schizofrenii nastawiony jest na to, aby chory mógł siebie odnaleźć, zaufać sobie, odbudować zachwiane poczucie wartości, a następnie odzyskać siłę wykorzystać jak najlepiej. Jak najlepiej, to znaczy, aby swoją jeszcze niedawno zdeintegrowaną tożsamość zjednoczyć i rozwijać.

W teatrze terapeutycznym elastyczność czasu i przestrzeni używana jest po to właśnie, aby pomóc w ugruntowaniu własnego „ja”. Doświadczenie w czasie „teatralnym” wzbogaca doświadczenie aktora. Jeżeli uda się, aby poprzez grę człowiek uzyskał większą świadomość siebie samego, to robi krok w kierunku „ugruntowania” się owego „trwałego bytu”. Taki byt (tożsamość) poprzez swoje prawdziwe istnienie, skupienie się na sobie samym, będzie bardziej niezależny od upływu czasu i będzie się pełniej realizował. Wydaje się, iż obrona przed nawrotem choroby będzie wtedy skuteczniejsza.

Innymi słowy, można by powiedzieć, iż człowiek poprzez dobre rozeznanie w sobie samym, w swoich emocjach i myślach, jest bardziej w sobie zakorzeniony, bardziej siebie pewny. Odzyskuje wiarę w siebie; nie musi się siebie wstydzć. Maską, którą się posługuje, już nie uwiera, bo nie jest mu tak bardzo potrzebna; nie musi tak szczelnie ukrywać

swoich myśli i odczuć, może i umie je wyrażać nie obawiając się odrzucenia.

Grając jakąś postać w czasie dramatu, pacjent przenosi doświadczenie z tej gry w swoją rzeczywistość, w swój czas realny. Nie znaczy to oczywiście, że na co dzień zachowuje się jak grana postać. Znaczy to, iż doświadczenie z teatru pozostaje w nim jako doświadczenie innej ekspresji, z której w jakiejś części może kiedyś skorzystać.

Taniec z czasem i przestrzenią

Czas w psychodramie Moreno jest czasem subiektywnym i bardzo elastycznym. Możemy przenosić się daleko w przeszłość, jak i w przyszłość. Na psychodramatycznej scenie odbywa się swoisty taniec z czasem. Podczas jednej sesji protagonista może być w swoim czasie teraźniejszym, sięgnąć do lat dzieciństwa, jak również zobaczyć siebie w następnym pięcioleciu. Czas ten jest subiektywny, co tutaj oznacza, iż wiąże się ściśle z indywidualnym wyobrażeniem protagonisty – np. *on*, gdy był dzieckiem i *on*, gdy będzie starcem.

Podczas psychodramy protagonista, jak i osoby grające w scenie mają świadomość czasu realnego i kontekstu, w którym odgrywana jest dana scena. Wszyscy wiedzą, że pozostają w dwóch czasach: w czasie, w którym dzieje się dana scena i czasie realnym. Bez niego uczestnicy grupy tworzący scenę zapadliby się w nierealny świat z przeszłości lub przyszłości. Ta świadomość pozostawania w dwóch czasach równocześnie umożliwia liderowi prowadzenie psychodramy, stanowi o możliwościach przekształcania sceny. Pytania oraz sugestie lidera pochodzą z czasu realnego. Poprzez nałożenie się czasu i przestrzeni tworzy się nowa rzeczywistość – rzeczywistość sceny. Na scenie zaś wszystko dzieje się w czasie teraźniejszym. Oznacza to, że nawet jeśli przenosimy się na scenie na przykład do ogrodu z dzieciństwa Anny, gdy miała ona 5 lat i rozmawia tam z mamą, to rozmowa ta toczy się w czasie teraźniejszym.

W psychodramie nieograniczoność czasu łączy się z nieograniczonością przestrzeni. Przestrzeń można tworzyć dowolnie, zgodnie ze światem wewnętrznym protagonisty. Może się ona bardzo poszerzać; przykładowo, scena przenosi się w góry, na koniec świata lub nawet w kosmos. Kiedy indziej przestrzeń może się zawężać, kiedy na przykład poszczególne uczucia mogą się w przestrzeni sceny pojawić jako konkretne kształty i wieść spór z sobą (np. pragnienie ze wstydem) lub

blokować jakieś zachowania (np. lęk). Aby przywołać na scenę taką przestrzeń, jaką chce widzieć protagonista, używa się różnych środków dostępnych w przestrzeni realnej, często skromnych lub symbolicznie zaznaczających elementy sceny. Mogą to być na przykład krzesła, kolorowe chusty. Protagonista prowadzi nas swoim działaniem po swojej scenie. Wczuwając się w niego, jego świat, podążamy za nim naszą wyobraźnią, jesteśmy z nim w jego osobistej przestrzeni.

Przestrzeń ma jeszcze inną rolę w psychodramie. Każdą scenę rozpoczyna się od jej zbudowania. Oznacza to, że protagonista przywołując przykładowo wspomniany już ogród ze swojego dzieciństwa na scenę, musi go najpierw zainscenizować. Używa więc do tego różnych rekwizytów, które symbolizują ważne dla niego części tego ogrodu: altanę pod wierzbą, krzak piwonii czy drzewo czereśni. To pomaga protagoniście znaleźć się w wyobrażonym ogrodzie, a także pozwala grupie i liderowi zobaczyć jego wewnętrzny obraz. W ten sposób zaczyna się psychodrama. Przestrzeń jest więc pierwszym elementem wprowadzającym w grę.

W psychodramie czas i przestrzeń nie mają granic w tym znaczeniu, iż każda sytuacja w każdym czasie jest na scenie możliwa. Możliwy jest powrót do swoich lęków z okresu dzieciństwa, możliwe jest zobaczenie swojego snu na scenie, rozmowa z Bogiem lub kimś, kto już dawno odszedł. Z drugiej zaś strony, czas i przestrzeń w psychodramie mają bardzo określone i wyraźne granice. Wyznaczają je dla danej sceny realny czas i przestrzeń (sala), w których psychodrama się toczy, wewnętrzny obraz protagonisty, tworzący scenariusz dla gry. Granice może też postawić lider w związku z rozwojem sytuacji na scenie. Wszystkie te czynniki nadają w ten sposób psychodramie strukturę.

Pętla czasu, aktor władca przestrzeni

Czas w teatrze, według Hausbrandta i Holoubka, ma inną funkcję. Wejście w świat nierzeczywisty, świat granej sztuki, zatrzymuje czas własny aktora. Czas gry ma dla aktora inną wartość.

„Jest jego czasem globalnym, to jest takim, który nie rozwija się linearnie między przeszłym a przyszłym, lecz jakby zapada się w głąb. Po prostu czas ten nie płynie, lecz rozwija się po pętli w głębi materii roli, której wykonanie przywraca aktora do punktu wyjścia” (Hausbrandt A., Holoubek G., 1986, str. 83).

Dotyczy to ukończonego przedstawienia, a więc czasu, kiedy następuje w teatrze spotkanie z publicznością. Idea ta została nawet zilustrowana graficznie, którą to grafikę tu przytoczę, gdyż wydaje się interesująca i można ją również odnieść do gry w psychodramie:



W określonym momencie czasu rzeczywistego aktor podejmuje granie roli, które odbywa się poza czasem rzeczywistym, a rozwija się w czasie własnym aktora. Kiedy kończy się gra, aktor powraca do czasu rzeczywistego. Oba czasy płyną równolegle do siebie, a dwie rzeczywistości: sceny i życia codziennego nakładają się na siebie, z możliwością przenikania do siebie (Hausbrandt A., Holoubek G., 1986). Jest to nieco inna perspektywa, perspektywa aktora i reżysera teatralnego. To, co jest dla niej specyficzne i inne od podejścia terapeutycznego, to podkreślona równoległość czasów: realnego i dramatycznego. W psychodramie ta równoległość też istnieje, ale czas realny przeplata się z czasem psychodramy, a punktami, w których się to przeplatanie dzieje, są interwencje lidera, zmiany sceny itp.

Przestrzeń w teatrze

Przekształcenie przestrzeni teatralnej odbywa się na kilku poziomach. Pierwszy to poziom scenograficzny. Poprzez dekorację tworzy on obraz przestrzeni, w której dzieje się sztuka. Drugi to „architektura teatralna”, to znaczy miejsce przedstawienia, które może się toczyć na kilku planach, może wciągać widownię, i przestrzeń znajdująca się poza teatralną sceną. Trzeci poziom to przestrzeń stworzona przez samego

aktora swoją grą – „to metoda aktorska..., która pozwala w czterech ścianach najskromniejszego pomieszczenia otwierać przed widzami kresy ziemi i wszechświata” (Hausbrandt A., Holoubek G., 1986, str. 109). To aktor, jego rola wyznacza miejsce gry, potrafi mu narzucić różną dynamikę i wielkość.

„Aktor jest tym, który poprzez swe działania i interpretację tekstu nadaje wierzytelny kształt przestrzeni” (Hausbrandt A., Holoubek G., 1986, str. 107).

W historii teatru różne były idee i próby operowania przestrzenią (Meyerhold, Schiller i inni), lecz zawsze ostatecznym kreatorem przestrzeni stawał się aktor. On to poprzez swoją grę uwierzytelniał pojawiające się pomysły scenograficzne albo też grając pośrodku pustej sceny, tworzył wizję kreowanego świata.

Czas w procesie tworzenia, przestrzeń na drugim planie

W dramaterapii, w formie grupy teatralnej, w której uczestniczą pacjenci, istnieją odwrotne proporcje pomiędzy samym procesem przygotowywania spektaklu a czasem jego wystawiania i ilością spektakli. W teatrze przygotowania do przedstawienia, próby, mogą trwać trzy miesiące, może pół roku, wyjątkowo rok, a potem spektakl jest grany wielokrotnie, czasem przez kilka lat. Ukończona sztuka żyje własnym ukrytym życiem, a powoływana jest na scenę w momencie kolejnego spektaklu. W teatrze terapeutycznym proces tworzenia przedstawienia trwa zazwyczaj rok do dwóch lat, natomiast procent wystawianych spektakli jest niewielki: przeciętnie do trzech przedstawień. Związane jest to oczywiście z celem teatru terapeutycznego. Głównym jego celem jest terapia, a więc w tym wypadku sam proces tworzenia wspólnego przedstawienia. Efekt końcowy, przedstawienie z udziałem publiczności, jest także niezbędnym elementem tego procesu. I choć niejednokrotnie zakładamy, że spektakle grupy teatralnej będą powtarzane, nigdy jednak nie udało się wystawić sztuki wielokrotnie. Jeżeli po roku lub nawet sześciu miesiącach powtarzamy to samo przedstawienie, to już nie jest ono takie samo. Dzieje się to zazwyczaj dlatego, iż część pacjentów odchodzi z grupy. Idzie do swojego życia, pracy, szkoły lub podejmuje decyzję o ukończeniu tej fazy terapii. Kiedy „w zastępstwie” pojawia się tylko jedna lub dwie nowe osoby, wówczas nowy zespół tworzy zupełnie inny spektakl. W okresie ostatnich czterech lat udało się powtarzać to

samo przedstawienie kilka razy ze względu na pozostanie przez ten czas w grupie tych osób, które odegrały w grupie znaczącą rolę. Osoby te stanowiły dla reszty wyraźne oparcie w pracy nad sztuką.

Spotkania grupowe poświęcone pracy nad przedstawieniem także dzieją się w dwóch czasach – czasie realnym, obiektywnym i w historycznym czasie dramatu. Te dwa czasy przez okres prób **przeplatają się**, można powiedzieć, dość harmonijnie. Mniej więcej tyle samo czasu omawia się postacie, sceny, ile próbuje grać daną rolę. W trakcie cyklu rocznego spotkań i prób, pierwsze miesiące są poświęcone omawianiu lub poznawaniu scen w działaniu. Dotyczy to całego dramatu, jego wątków, jak i postaci. W drugiej części roku są to już regularne próby. Próby ze względu na szczegółową pracę nad rolą, skoncentrowanie na pracy z aktorem i z aktorami, są wielokrotnie przerywane na poprawki i uwagi. Tak więc, to przeplatanie się czasów jest stale obecne. To jest jakby zanurzanie się na chwilę w czasie dramatu i wynurzenie w czasie realnym, żeby kwestie związane z rolą poddać dyskusji, poszukać innego rozwiązania. Potem znów wchodzi się w czas i historię granego dramatu, aby spróbować wprowadzić wszystkie zmiany w roli. Jest to wytężona praca nad sobą i swoją tożsamością. Praca nad ekspresją roli jest przecież ciągłym odnoszeniem jej do siebie samego: swoich możliwości i ograniczeń, uczuć i niemożności przeżywania uczuć...

Podobnie dzieje się podczas prób w teatrze, lecz zapewne w grupie terapeutycznej jest o wiele więcej odniesień do psychiki pacjentów. Sceny nie są tak osobiste, jak w psychodramie, co ułatwia pokonywanie różnicy między dwoma czasami. Istnieje większy dystans między rzeczywistością osoby grającej a rzeczywistością dramatu.

Przestrzeń w teatrze terapeutycznym jest nieco na drugim planie, gdyż cała cotygodniowa praca skupia się na pracy z aktorem. Przestrzeń w procesie tworzenia spektaklu głównie wyznacza gra aktorska i realny pokój do prób. Dopiero w końcowej fazie prób włączane są elementy scenografii, które niewątpliwie pomagają aktorom w operowaniu przestrzenią. Kostiumy i charakterystykę dołącza się do stworzonej postaci. Zarysy scenografii lub jej znaczące elementy budowane są znacznie wcześniej, w początkowej fazie prób.

Dla osób po kryzysach psychotycznych podwójność czasu może być trudna, może nawet zagrażać odzyskanej spójności „ja”. Bo cóż dzieje się w psychozie, jak nie to, że przebywa się

w podwójnej rzeczywistości, a więc w podwójnym czasie i przestrzeni?

Doświadczenia własne w pracy z grupą teatralną nie potwierdzają tych trudności i wątpliwości w takim stopniu, aby mogło to zachwiać przekonaniem o wartości tej metody terapii. Kiedy pacjent jest w stabilnej remisji, udział w grupie nie powinien stwarzać zagrożenia dla odbudowanych granic własnej tożsamości.

Należy podkreślić, iż najbardziej pewnym zabezpieczeniem jest zawsze terapeuta w grupie, który czuwa nad procesem terapeutyczno-teatralnym tak, aby był on procesem leczniczym.

Piśmiennictwo

1. Dzielski M., 1995, *Dziela zebrane*, PTK Znak, Kraków.
2. Eriksen T.B., 1999, *Tidens Historie*, J.M. Stenersens Forlag AS.
3. Hausbrandt A., Holoubek G., 1986, *Teatr jest światem*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
4. Ingarden R., 1999, *Książeczka o człowieku*, Wydawnictwo Literackie, Kraków, str. 39–69.
5. Weil S., 1991, *Wybór pism*, Wydawnictwo Znak, Kraków, str. 126.

4. Rzeczywistość symboliczna

„W toku teatralnego procesu symbolicznego dosłownie wszystko – każdy element i każdy detal – nabiera właściwości znaczących, staje się umotywowanym znakiem symbolicznym”
(Osiński Z., 1972, str. 182)

Symbol

Symbol jest znakiem treści bezpośrednio nieujawnianych, funkcjonującym na podstawie zawartej umowy lub wynikającym ze zwyczaju.

Słowo **symbol** pochodzi od starogreckiego słowa *symbolon* (Kopaliński W., 1990). Pierwotnie oznaczało ono jakiś przedmiot przełamany na pół, a połówki te były dla ich posiadaczy znakiem porozumienia między nimi. Porozumienie to mogło dotyczyć rozmaitych spraw: handlowych, rodzinnych, również przyjaźni, miłości czy zaufania

„...wszystko, co symboliczne, ma skłonność do wielowartościowości, do stałości i zmienności, do wyrażania dobra i zła, życia i śmierci, rozkwitu i wędnięcia, wznoszenia się i opadania, jest zarazem ezoteryczne i egzoteryczne, zasłania i odsłania. Właściwością symbolu jest niedookreśloność, mglistość; jest często płynny, migotliwy, pełen sprzeczności, nieraz dostępny tylko wtajemniczonym” (Kopaliński W., 1990, str. 8).

Eliade przyjmuje, iż istnieje sześć funkcji symbolu:

- 1) symbol odsłania taki poziom głębszej rzeczywistości, który nie jest dostępny w bezpośrednim doświadczeniu;
- 2) symbol budzi pewną rzeczywistość sakralną, kategorii *sacrum* – *profanum*;
- 3) symbol może wyrażać równocześnie kilka znaczeń, których związek nie jest oczywisty w bezpośrednim doświadczeniu;
- 4) symbol pozwala na zobaczenie pewnej całości, perspektywy, dzięki której człowiek może odkryć pewną jedność świata i siebie jako jego część integralną;

5) symbol może wyrażać pewne sprzeczności, które inaczej nie są możliwe do wyrażenia;

6) symbol odnosi się do egzystencji ludzkiej i nadaje jej znaczenie (Osiński Z., 1972).

Symbol poprzez tę wieloznaczność i tajemniczość jest silnie oddziaływającym środkiem przekazu, który ma siłę inspirowającą, wzbudzającą wyobraźnię, uruchamiającą projekcję. W symbolu zawarty jest jakiś utajony sens. Sztuka i religia są tymi obszarami życia, w których symbol przejawia się najczęściej.

Treści symbolu nigdy nie można w pełni wyrazić za pomocą racjonalnego opisu. Dla Junga – **znak** odnosi się do czegoś, co jest poznawalne w całkowicie racjonalny sposób, zaś **symbol** odnosi się do „mocy duchowej, która działa w życiu i można ją poznać wyłącznie poprzez jej skutki” (Campbell J., 1994, str. 26). Treść symbolu wywodzi się z dwóch sfer: jako znaczenie bierze się z racjonalnej świadomości, a jako obraz z irracjonalnej nieświadomości.

„Symbol stoi więc na granicy między świadomością z jej bezpośrednią rzeczywistością danych zmysłowych, obrazów fantazji i myśli, a nieświadomością z jej archetypami, odkrywanymi tylko jako siły formujące świadome tworzywo. Symbol jest zatem tym, co tworzy rzeczywistość psychiczną, którą odtąd będziemy nazywać rzeczywistością symboliczną. Jest to rzeczywistość względna (...), ale zarazem rzeczywistość żywa, bezpośrednia, stanowiąca prawdziwą substancję *psyche*” (Piróg M., 1999, str. 54–55).

Dla Junga cała rzeczywistość psychiczna jest właśnie tak rozumianą rzeczywistością symboliczną. Symbole konkretyzują to, co niewyrażalne oraz przedstawiają skomplikowane i przeciwstawne pojęcia. Dzięki symbolom możemy włączyć w naszą psychikę wszystko, co wymyka się słowu.

Jungowski symbol jest elementem języka archetypów, łączącego go ze świadomością. Symbol przekształca energię psychiczną w obrazy, nazwane przez Junga obrazami psychicznymi, które są odbiciem i istotą dynamiki naszego życia psychicznego. Pojawiają się w snach, fantazjach, wizjach, tworząc rodzaj indywidualnej mitologii (Jung C.G., 1993).

Symbol odgrywa ważną rolę w rozwoju człowieka, w jego procesie indywiduacji (Dudek Z.W., 1995; Piróg M., 1999). Celem indywiduacji jest osiągnięcie pełni, wewnętrznej harmonii. Dla Junga oznacza to zmierzenie się z ciemnymi stronami naszej osobowości, uświadomienie sobie cech związanych z archetypami animy i animusa, uświadomienie sobie treści, które składają się na archetyp osobowości manicznej.

Ostatnim etapem w procesie indywiduacji jest rozwiązanie konfliktów, osiągnięcie równowagi. Osiągnięcie pełni to pojawienie się jaźni, która jest archetypem reprezentującym całość psyche. Jaźń jest zarazem doświadczeniem indywiduального istnienia, jak i czymś powszechnym, „co nie jest tylko we mnie, ale niby powietrze rozpościera się wszędzie” (Piróg M., 1999, str. 74). Jaźń może znaleźć wyraz tylko poprzez symbol. Takimi symbolami jaźni jest na przykład kula, kwadrat, punkt, krzyż czy proste formy geometryczne.

Indywidualne przeżycia człowieka, także jego urazy mogą podlegać symbolizacji. W takiej sytuacji człowiek traktuje przykładowo swoje niepowodzenie jako archetyp i podnosi swoją wartość poprzez przyjęcie roli pokrzywdzonego, roli „ofiary”. Indywidualna rana staje się symboliczna, jest wprowadzona w życie człowieka jako symbol rany, krzywdy, śmierci. Podobnie może stać się z przeżyciami pozytywnymi. Człowiek osiąga wewnętrzną harmonię, kiedy umie różnicować i integrować pozytywne i negatywne przeżycia, włączając je, także poprzez symbolizację, w swoją psychikę.

Sztuka i religia ułatwiają pełniejsze rozumienie siebie, Boga i świata, posługują się symbolami. Kontakt ze sztuką, twórczość, przeżycie religijne porusza w człowieku wewnętrzne obrazy, niesprecyzowane myśli, fantazje, subtelne emocje.

Wartość terapeutyczna symboli wynika z ich istnienia ponad zróżnicowaną rzeczywistością. Symbol łączy co najmniej dwa znaczenia i to powoduje, iż siła jego przekazu jest tak duża. Rzeczywistość symboliczna poprzez tę siłę oddziaływania, a także swoją nieokreśloność, stanowi doskonałą przestrzeń dla uruchamiania projekcji, stłumionych uczuć. Mogą ujawnić się urazy, nieświadome konflikty lub kompleksy. Z drugiej strony, poprzez symbole leczące mogą pojawić się możliwości transformacji i rozwoju, rozwinięcia możliwości twórczych człowieka.

Symbol a schizofrenia

W schizofrenii, według Junga, dochodzi do zastąpienia rzeczywistości przez „fantazję archaiczną” (Jung C.G., 1998, str. 181), czyli taką, która w dalekiej przeszłości była realnością. Jednym z przykładów, który wedle Junga tę myśl odzwierciedla, jest przykład chorego, który był przekonany, iż ziemia jest płaska jak dysk, nad którym wędruje Słońce (Jung C.G., 1998). Przykład ten, jak i inne podobne do przy-

toczonego, mają udowadniać, iż chorzy w swoich urojeniach zastępują poczucie rzeczywistości fantazjami, które mają swoje korzenie w wierzeniach, koncepcjach, fantazjach z przeszłości.

„To, że w schizofrenii na miejsce rzeczywistości podsuwa się fantazja archaiczna, (...) pokazuje znany także w innej dziedzinie fakt biologiczny, że w chwili zaniku jakiegoś nowego wykształconego systemu jego miejsce może zająć system bardziej pierwotny, przeto bardziej archaiczny i wtedy – przywołajmy tu porównanie Freuda – człowiek wypuszcza strzały z łuku, zamiast wypalić z pistoletu. Utrata ostatnich zdobyczy funkcji rzeczywistości (lub funkcji przystosowania) zostaje zastąpiona przez wcześniejszą formę przystosowania – o ile mamy tu do czynienia z jakimkolwiek zastępstwem” (Jung C.G., 1998, str. 181).

Odczytywanie warstwy symbolicznej w zachowaniu i słowie chorego jest podstawą w rozumieniu jego procesów psychicznych i stopnia regresji psychotycznej.

Symbol a rozwój

Bettelheim (Bettelheim B., 1985) zastanawia się nad wartościami i symbolami przekazywanymi przez baśnie, które spełniają ważną rolę w rozwoju dziecka. Świat baśni jest wypełniony symbolami i właśnie fakt, iż wszystko dzieje się w rzeczywistości symbolicznej, ułatwia dziecku zrozumienie rzeczywistości, która go otacza.

Wyobraźnia dziecka wypełniona jest gromadzącymi się szybko wrażeniami, które są tylko częściowo integrowane; pewne cechy rzeczywistości dziecko spostrzega adekwatnie do niej, zaś inne spostrzega poprzez swoją fantazjującą wyobraźnię. Właśnie ona wypełnia luki w dziecięcym rozumieniu świata, które są spowodowane niedojrzałością. Z powodu różnych stanów wewnętrznych dziecko może w błędny sposób interpretować to, co postrzega. Zazwyczaj dziecko fantazjuje, gdy coś w jego świecie realnym budzi bardzo silne pragnienia lub niepokoje. Różne zjawiska są w jego psychice pomieszane, nie może ich uporządkować. Jednak pewien rodzaj uporządkowania jest dziecku potrzebny, i to właśnie baśnie ze swoimi opowieściami w tym mu pomagają.

Nieświadomość zarówno u dorosłego, jak i u dziecka wpływa na jego zachowanie. Jeśli nieświadomość jest bardzo tłumiona, wówczas osobowość dziecka nie rozwija się harmonijnie; może ukształtować się nieprawidłowo. Jeżeli treści nieświadome są dopuszczane w pewnej mierze do świadomo-

ści i mogą znajdować wyraz w dziedzinie wyobraźni – możliwość wyrządzenia szkody jest ograniczona.

Bettelheim słusznie zwraca uwagę na to, iż większość rodziców stara się odwracać uwagę dziecka od niewysłowionych lęków, chaotycznych i gniewnych fantazji. W naszej kulturze pełnej represji – agresji, aspołecznego i egocentrycznego zachowania, rodzice chcą chronić dzieci przed „ciemną stroną życia” (Bettelheim B., 1985).

W baśniach „ciemna strona życia” istnieje; walka z trudnościami, ze złem w różnych postaciach jest nieodłącznym elementem opowieści. Baśnie konfrontują dzieci w uczciwy sposób z podstawowymi kłopotami egzystencjalnymi człowieka. Postacie z baśni, takie jak zły smok, głupi brat, mądry brat, dobra wróżka są jednoznaczne. To pomagają dziecku rozpoznać się w podstawowych emocjach i wartościach funkcjonujących w świecie. Baśń często odwołuje się do psychiki dziecka, do jego konfliktów wewnętrznych, a także podaje sposoby ich rozwiązania. Niezależnie od tego, jaka jest treść baśni lub w jakiej mierze jest ona podobna do treści osobistych fantazji dziecka (np. niechęć do rodziców), dziecko może o tym mówić otwarcie. Nie czuje potrzeby utrzymywania w sekrecie swoich przeżyć, gdyż dotyczą baśni; nie doświadcza z ich powodu żadnego poczucia winy, nawet jeśli odnoszą się do takich uczuć, jak złość na rodziców.

Inną wartością baśni jest realny i cielesny bohater baśniowy. Może on dysponować dużą mocą, co powoduje, że spełniają się wszystkie pragnienia dziecka dotyczące jego własnej cielesności. Jeśli na polu fantazji zaspokoi ono pragnienie, aby być kimś wspaniałym, z mniejszym niepokojem będzie się odnosić do swojego rzeczywistego ciała. Baśń przygotowuje dzieci do zaakceptowania własnego wyglądu; często bohater po różnych przemianach cielesnych, ukończywszy walki, staje się zwykłym śmiertelnikiem.

Baśń, mimo że dotyczy treści psychicznych dziecka (np. odrzucenie, złe traktowanie – Kopciuszek), nigdy nie opowiada o konkretnej rzeczywistości; toczy się w rzeczywistości symbolicznej „za siedmioma górami, za siedzioma rzekami”. Dzięki temu dziecko łatwiej przyjmuje te treści. Dzieci potrafią posługiwać się rzeczywistością symboliczną nawet wtedy, gdy jeszcze nie potrafią dobrze mówić. Na początku są to indywidualne symbole, które dziecko odnajduje w zabawie. Po to, by symbolicznie stać się mamą lub tatą, używa ono przedmiotów charakterystycznych dla rodziców (fajka ojca, fartuszek mamy itp.). Kiedy różne fantazje dziecka będą

w baśni ucieleśnione (zły wilk, zła czarownica, dobra wróżka), wówczas dziecko może zacząć porządkować swoje sprzeczne wewnętrzne tendencje (Bettelheim B., 1985).

Osobowość zaczyna rozwijać się w niewłaściwy sposób wówczas, gdy id, ego lub superego, nieświadomość lub świadomość, zyskuje dominację nad innymi czynnikami i odcina w ten sposób całość osobowości od jej własnych zasobów życiowych. Ponieważ niektórzy ludzie wycofują się ze świata realnego i spędzają większość życia w świecie snuty przez siebie fantazji, wywołuje to mylne przekonanie, że intensywna aktywność wyobraźni klóci się z możliwościami pomysłnego radzenia sobie z rzeczywistością. Korzystanie nie tylko z własnej wyobraźni, ale zanurzenie w świat bajek, baśni czy sztuki, wzbogaca doświadczenia i porządkuje świat wewnętrzny. Dostarcza mu nowych treści, które mogą być wykorzystywane w codzienności każdego człowieka.

Inaczej dzieje się, gdy ludzie pogrążeni są **tylko** w wytworach swojej wyobraźni. Zazwyczaj przeżywają oni nieustannie, pod wewnętrznym przymusem, ciągle to samo: ubogie treści tworzące sztywny myślowy stereotyp. Życie wyobrazeniowe tych osób nie jest bogate; są one jego więźniami.

Swobodna aktywność wyobraźni, gdy w fantazyjnej formie przejawiają się najbardziej różnorodne treści stymulowane przez rzeczywistość – dostarcza obfitego materiału naszemu ego. Opowieści baśniowe pobudzają taką właśnie bogatą aktywność wyobrazeniową dziecka. Dzięki nim jego wyobrażenia może ustrzec się popadnięcia w ograniczony i sztywny schemat kilku lękowych bądź życzeniowych marzeń na jawie (Bettelheim B., 1985).

Rzeczywistość symboliczna w dramie

Baśnie ze swoimi opowieściami, używając rzeczywistości symbolicznej, mają duży wpływ na rozwój dziecka. Baśnie mogą pomagać w:

- poszukiwaniu sensu życia;
- poszerzaniu świadomości oraz
- kształtowaniu tożsamości dziecka.

Wydaje się, iż te trzy cele, jakie baśnie mogą spełnić w rozwoju dziecka, mogą być przeniesione na grunt dramaterapii dla osób, które przeżyły kryzys psychotyczny. W okresie po psychozie poszukiwanie na nowo sensu swojego życia, niejednokrotnie utraconego z powodu choroby, jest dla pacjenta i jego terapeuty jednym z najtrudniejszych wyzwań.

Pacjenci korzystający z „leczenia teatrem” mogą te poszukiwania realizować poprzez zanurzenie się w rzeczywistości dramatu, która może być kanwą dla ich pytań i wątpliwości. Poszerzanie świadomości poprzez analizę postaci, a co za tym idzie i siebie samego, jest czynnikiem, który powinien przywracać większą harmonię wewnętrzną.

Kształtowanie tożsamości, czy raczej integracja tożsamości, jest zasadniczym celem każdej terapii dla osób z diagnozą schizofrenii. I w tym miejscu wracamy do pytania – jak to się dzieje, że grając innych, wcielając się w różne postacie dramatu, poruszając się w rzeczywistości symbolicznej, nie szkodzimy sobie samym, lecz często wręcz „leczymy”? Niejednokrotnie można zauważyć, jak w grupie teatralnej czy w grupie psychodramy, jej uczestnicy stopniowo odzyskują siebie utraconych, siebie bardziej pewnych, radosnych.

Wydaje się, iż inspirując wyobraźnię poprzez dramat, powodujemy jej zaangażowanie w różne fantazje, refleksję, obrazy. Nie zostawiamy jej pustej i wyjałowionej, zajmującej się tylko jednym tematem. Poprzez grę, angażujemy całą osobę do tego procesu. Poprzez szereg różnorodnych ćwiczeń ruchowych, cielesnych zwiększa się i stabilizuje odczucie granic własnej cielesności, granic ekspresji własnej. To winno ugruntowywać osobę w samej sobie. Rozciąga się to, jak wyżej opisano, również na sferę duchową. Grając innych, wzmacniamy siebie, gdyż innych możemy wyrazić tylko sobą samym.

W psychodramie bardzo często operuje się językiem symboli. Chcąc wyrazić trudne uczucia, fantazje na jawie lub marzenia senne, protagonista może to zrobić za pomocą symboli. Lider może zapytać przykładowo „jak wygląda twój lęk?”, „co może reprezentować twój lęk?”, a protagonista odpowiada: „mój lęk ma wygląd szklanego klosza, który mnie odgradza od innych”. Lider może wówczas zaproponować, aby ten lęk, tak wyobrażony, zbudować na scenie. Wówczas zaczyna się psychodrama. W psychodramie zazwyczaj operuje się indywidualnymi symbolami protagonisty, jak w przytoczonym powyżej przykładzie.

W dramaterapii symbol także ma swoje zastosowanie. W grupie teatralnej przygotowującej przedstawienie pojawia się wiele różnych symboli, na różnych poziomach. Oprócz pewnych symbolicznych treści, przekazywanych przez dramat, symboliczność kreowana jest też poprzez scenografię, kostiumy. W trakcie przygotowywania spektaklu pojawiają się symbole wprowadzane przez reżysera, wzmacniające da-

na treść sceny, uczuć postaci lub całego dramatu. Są one zazwyczaj symbolami uniwersalnymi wyrastającymi z naszej kultury. Może to być na przykład fioletowa szata postaci Śmierci (*Alkestis*). W kościele katolickim w okresie Wielkiego Postu dominuje kolor fioletowy. W ten sposób kolor ten jest związany ze śmiercią. Z kolei w innym przedstawieniu, włączono wiele komicznych symboli, intensyfikując poprzez nie erotyczność na scenie. Były to różne elementy scenografii – pałki, dzidy, słup–fallus (*Lizystrata*). Dominującym kolorem kostiumów była czerwień. To wszystko odwoływało się zarówno do erotyczności, jak i walki.

O ile w pierwszych latach istnienia grupy teatralnej bardziej pracowaliśmy głównie z tekstem szekspirowskim, podążając za wątkami i postaciami sztuki, o tyle w latach ostatnich (1996–2002) koncentrujemy się na pracy z całymi scenami. Nie zawsze dbamy na próbach o dokładną treść tekstu danej sceny (szczególnie w początkowym okresie pracy nad sztuką), wychwytyując jedynie jego znaczenie i to znaczenie starając się poprzez grę wyrazić. Sytuacja sceniczna i jej znaczenie wydobywane jest w ruchu, w grze, w interakcji między postaciami dramatu, a także poprzez inscenizację scen. Stąd też więcej symboliki gestu, układu sceny, używanych rekwizytów. Można powiedzieć, iż nasz teatr stał się przez to bardziej plastyczny. W ten sposób używanie symboli wdziera się głębiej w duszę aktora i widza. Z drugiej strony, symbole uniwersalne, które odwołują się do naszej kultury, mogą pełnić funkcję ochronną dla klienta czy pacjenta.

Symbole poprzez swój przekaz, zarówno ten jednoznaczny, „odsłonięty”, jak i ten drugi, „zasłonięty”, mogą równocześnie pomagać w uświadamianiu sobie własnych ukrytych pragnień i fantazji. Jeżeli występują one w dramacie lub są do niego wprowadzone, mogą spełniać obie funkcje: ochraniającą i poszerzającą świadomość.

Wybrany przez nas dramat, w swojej podstawowej warstwie, zazwyczaj pełni rolę symboliczną. Na przykład, dramat Eurypidesa *Alkestis* może być odczytany na różne sposoby, lecz jego temat główny w naszej realizacji to temat transformacji, przemiany dokonanej poprzez cierpienie. Zamierzenie Eurypidesa było zapewne inne. Poprzez scenariusz napisany na kanwie dramatu oraz dyskusje z terapeutą, reżyser tak skonstruował spektakl, aby temat zawierał symbolikę metamorfozy zakończonej sukcesem. Cierpienie (choroba) może wyzwoić pozytywną zmianę w człowieku.

Piśmiennictwo

1. Bettelheim B., 1985, *Cudowne i pożyteczne. O znaczeniach i wartościach baśni*, PIW, Warszawa.
2. Campbell J., 1994, *Kwestia bogów*, Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza, Warszawa, str. 26.
3. Dudek Z.W., 1995, *Psychologia integralna Junga, Enteia*, Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa.
4. Jung C.G., 1993, *Archetypy i symbole*, Czytelnik, Warszawa, str. 23.
5. Jung C.G., 1998, *Symbole przemiany*, Wrota, Warszawa.
6. Kopaliński W., 1990, *Słownik symboli*, Wiedza Powszechna, Warszawa, str. 7–9.
7. Osiński Z., 1972, *Współczesny polski „teatr mityczny”*. W: *Teatr Dionizosa*, Wydawnictwo Literackie, Kraków, str. 303–336.
8. Piróg M., 1999, *Psyche i symbol. Teoria symbolu Carla Gustava Junga na tle ujęć porównawczych rzeczywistości symbolicznej*, Zakład Wydawniczy „NOMOS”, Kraków.

CZĘŚĆ II: TEATR TERAPEUTYCZNY

1. Zrozumieć schizofrenię

Schizofrenia

Świat chorego na schizofrenię często dziwny, wewnętrznie sprzeczny lub przeciwnie, wewnętrznie logiczny, nie jest łatwo dostępny dla drugiego człowieka. Chcąc odnaleźć właściwe sposoby leczenia, terapeuta stara się ten świat poznać i zbliżyć do niego (Kępiński A., 1989; Kokoszka A., 1996).

To, co jest znamienne dla psychozy, to chaos. Chaos w schizofrenii to rozbitcie poczucia „ja”, ciągłości i zrozumiałości istnienia człowieka. To rozbitcie pamięci o przeszłości, orientacji w teraźniejszości i wyobrażenia przyszłości. Chaos może objąć spostrzeganie świata, porządek myśli i uczuć.

Kultura grecka, która jest kolebką mitów, przyjmowała ład, harmonię za jedną z ważniejszych wartości w życiu. W micie teogonicznym, czyli micie o stworzeniu, chaos jest stanem pierwotnym, a ład wtórnym. Zło jest także czymś pierwotnym. Zaprowadzenie ładu oznacza, wedle tego mitu, pokonanie zła (Ricoeur P., 1986). Przeżywanie chaosu jest ogromnym cierpieniem poprzez niemożność zawierzenia samemu sobie i wszystkim dookoła. Niespójność budzi dezorientację i lęk.

Zaprowadzenie porządku w psychice przywraca człowiekowi właściwe proporcje istnienia. Odkrycie znaczenia tego, co się dzieje w myślach i uczuciach chorego, jest ważne przede wszystkim dla niego samego. Poczucie, że jest się zrozumianym przynajmniej przez jedną osobę, przynosi ulgę, pomaga poznać siebie poprzez nazwanie tego, co niejasne, nieuporządkowane lub budzące grozę. Dla terapeuty zrozumienie wewnętrznego świata chorego na schizofrenię jest pierwszym i nieodzownym krokiem w terapii.

Jak wiadomo, od dawna badacze próbują poznać etiologię schizofrenii, śledzić jej przyczyny, powstawanie i rozwój. Do

dzisiaj jednak nie istnieje jedna wyjaśniająca teoria, która dawałaby pewność, iż wiemy, jak powstaje schizofrenia.

Na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat szerokie uznanie uzyskała koncepcja „podatności na zranienie” Zubina (Zubin J., 1986) jako ta, która w sposób wieloczynnikowy tłumaczy powstanie schizofrenii. Składa się ona z następujących elementów: „podatności na zranienie”, pod którą rozumiemy się, najogólniej mówiąc, słabą odporność na stres, stresu, czyli ważnych wydarzeń życiowych jako czynnika zewnętrznego, doprowadzającego do wybuchu choroby oraz wewnętrznych, endogennych przemian na poziomie biochemicznym.

Oprócz tych podstawowych elementów istnieją też czynniki mające duży wpływ bądź na wybuch choroby, bądź na osłanianie, ochranianie „podatności na zranienie”. Są to: przedchorobowa osobowość, jej funkcjonowanie i mechanizmy radzenia sobie, sieć społeczna, ekologiczna nisza, w której człowiek żyje (Cechnicki A., 1991).

Jeżeli czynniki te są korzystne, będą chronić jednostkę przed stresem, osłabiać jego siłę. Istnieje wówczas szansa, że człowiek z dużą wrażliwością, „podatnością na zranienie”, nie zachoruje na schizofrenię. Przykładowo, wiemy już dzisiaj o tym, jak chroni przed nawrotem choroby sieć społeczna. W krakowskich badaniach nad schizofrenią w trzyletniej katarzie od pierwszego zachorowania udowodniono, że im więcej pacjent miał związków poza swoją rodziną (tzw. mieszana sieć społecznego oparcia: przyjaciele, znajomi, koledzy z pracy, sąsiedzi), tym mniej miał objawów negatywnych, był w lepszym stanie psychicznym (Wojciechowska A. i in., 2001). Można pośrednio znaleźć dowód na to, iż osoba, która posiada sieć społeczną dostarczającą jej wystarczającej ilości wsparcia, będzie lepiej bronić się przed chorobą, pomimo dużej „podatności na zranienie” oraz przewlekłego, ciężkiego stresu.

Wszystkie stworzone koncepcje powstawania schizofrenii szukają przyczyn od strony biologicznej, psychologicznej, społecznej, zakładając obecnie, iż te wszystkie czynniki, pozostając z sobą w ciągłej interakcji, w danym momencie prowadzą do wybuchu choroby. Tym momentem, tzw. „czynnikiem spustowym” zazwyczaj jest stres.

W ostatnich latach doniesienia Kandela, Gabbarda i innych psychiatrów potwierdzają takie wieloczynnikowe uwarunkowanie psychopatologii. Wiążą oni biologiczne podejście z psychologicznym i psychoanalitycznym rozumieniem proce-

sów psychicznych i ich zaburzeń (Kandel E.R., 1998; 1999; Gabbard G.O., 2000).

Kandel stwierdza, iż procesy psychiczne, nawet najbardziej skomplikowane psychologicznie, są związane z aktywnością mózgu. Zaburzenia przejawiające się w zachowaniu osób chorych psychicznie są więc zaburzeniami w funkcjonowaniu mózgu, nawet jeżeli przyczyny tych zaburzeń są pierwotnie uwarunkowane środowiskowo. Uwarunkowania genetyczne nie tłumaczą chorób psychicznych, co jest udowodnione wieloma badaniami na świecie, choć niewątpliwie zapis genetyczny wyjaśnia psychopatologię w jakimś procencie (od 15% do 45% u bliźniąt jednojajowych) (Kandel E.R., 1998). Uznane jest twierdzenie, iż społeczne i rozwojowe czynniki przyczyniają się do występowania chorób w dużym stopniu. Tak, jak konfiguracja genetyczna wpływa na zachowanie, tak zachowanie może wywierać wpływ na mózg, poprzez zwrotną jego stymulację zmieniać ekspresję genów. Kandel uważa, iż dochodzi do pewnego rodzaju sprzężenia zwrotnego między naszym zapisem genetycznym a stymulacją społeczną. Uczenie, które daje w rezultacie zarówno funkcjonalne, jak i dysfunkcjonalne zachowanie, doprowadza do zmian w **ekspresji genów**. W związku z tym psychoterapia, poradnictwo, posiada specyficzny, mierzalny wpływ na biologię mózgu i tym bardziej potwierdza swoją przydatność (Kandel E.R., 1998).

W obliczu tych nowych myśli, błedną dyskusję i wątpliwości dotyczące psychoterapii, zwłaszcza psychoterapii schizofrenii. Ważne wydaje się raczej pytanie, jaki rodzaj psychoterapii będzie najbardziej korzystny dla konkretnego pacjenta, w określonej fazie leczenia.

Krakowski program leczenia i rehabilitacji schizofrenii

W krakowskim środowiskowym programie leczenia i rehabilitacji schizofrenii realizowane jest podejście oparte z jednej strony na koncepcji „podatności na zranienie”, z drugiej zaś na odpowiadaniu na indywidualne potrzeby chorego. Należy jednak podkreślić, że inne teorie są także włączone w rozumienie i leczenie w celu rozszerzenia możliwości zarówno zrozumienia osoby chorej na schizofrenię, indywidualnych mechanizmów powstania zaburzenia, jak też dostosowania odpowiedniej formy terapii. W tym integrującym ujęciu leczenie opiera się na farmakoterapii oraz na różnych formach psychoterapii indywidualnej i grupowej, a w kolejnych etapach leczenia na długoterminowej rehabilitacji cho-

rych. Akcentując różnorodność i elastyczność terapii jako odpowiedź na potrzeby pacjenta, jesteśmy bliscy koncepcjom szkoły skandynawskiej Alanena (Alanen Y., 2000) oraz elastycznemu („flexible”) podejściu w psychoterapii schizofrenii opisywanemu przez Fentona i McGlashana (Fenton W.S., McGlashan T.H., 1995). Rodzaj interwencji zależy od etapu leczenia i indywidualnych potrzeb chorego, a więc w praktycznym stosowaniu psychoterapii zawiera „wspierającą, edukacyjną, bądź eksplorującą i zorientowaną na wgląd aktywność, prowadzoną w kontekście istniejącej i stabilnej relacji pacjent – lekarz”(Fenton W.S., McGlashan T.H., 1995, str. 1014).

W krakowskim integracyjnym podejściu oznacza to, iż głównym rodzajem psychoterapii na płaszczyźnie indywidualnej i grupowej jest psychoterapia wspierająca. Okresowo może ona zmieniać się na psychoterapię eksploracyjną ze względu na potrzebę głębszej analizy lub na terapię w kierunku bardziej zadaniowym, kiedy konieczny jest akcent na trening kompetencji społecznych chorego.

Wydaje się, że **nawiązanie kontaktu z chorym, a następnie powstanie związku terapeutycznego** jest kluczowe i jednakowe dla każdego podejścia w leczeniu schizofrenii. Bez tego trudno sobie wyobrazić terapię, która powinna być oparta nie tylko na podawaniu leków, ale przede wszystkim na emocjonalnej więzi z chorym.

Zrozumienie myśli, uczuć i wyobrażeń pacjenta w takim podejściu, staje się pierwszą najważniejszą wartością w terapii. Świat przeżyć chorego jest tylko w niewielkim stopniu dostępny terapeutce, a także bywa niezrozumiały dla samego chorego. Wiele myśli i odczuć jest pomieszanych, ambiwalentnych i zdeintegrowanych. Pacjent w rozmowie z terapeutą udaje się w wewnętrzną podróż, której celem jest poznanie i zrozumienie własnych przeżyć. Stopniowo dochodzi do nazywania i porządkowania treści psychotycznych, składania rozbitego świata chorego.

Nadawanie znaczenia treściom psychotycznym nie tylko porządkuje świat chorego, lecz także pomaga pacjentowi mieć nad nim przynajmniej częściową kontrolę. Jeśli coś staje się bardziej zrozumiałe, to bardziej można na to wpływać. Czasami, w kontekście sytuacji pacjenta przed chorobą i jego ówczesnych przeżyć, można prześledzić, jak mogło dane urojenie powstać. Jak mogło kształtować się przekonanie chorego, iż np. posiada niezwykłą moc lub czuje się samym złem. Jeśli takie zrozumienie uda się osiągnąć w terapii in-

dywidualnej, będzie ono korzystnie wpływać na całe dalsze leczenie.

Badania Cechnickiego (Cechnicki A., 1991) udowadniają, że im większy stopień wglądu pacjenta w przeżycia i objawy chorobowe oraz we własne emocje, tym lepsze wyniki leczenia. Nieustanne próby zrozumienia tego, co się dzieje w osobistej, intymnej przestrzeni chorego, są warunkiem powodzenia w terapii.

Poza spotkaniami indywidualnymi pacjenta z terapeutą ważne jest włączenie grupy w oddziaływania lecznicze. Wydaje się, iż terapia grupowa nabiera szczególnego znaczenia w momencie ustąpienia ostrych objawów choroby, kiedy dominować zaczyna syndrom negatywny schizofrenii.

Syndrom ten ujęty w ICD-10 jako depresja poschizofreniczna, nazywany też przez badaczy (Kayton L., Koh S.D., 1976) regresją popsychotyczną lub okresem częściowej klinicznej remisji, jest często bardzo długim okresem „złego” samopoczucia pacjenta. Charakteryzuje się on głębokim wycofaniem, biernością, uczuciem pustki, a także trudnościami w myśleniu, zapamiętywaniu i koncentracji. Niektórzy badacze (Strauss J.S., 1989) uważają, iż ta faza choroby pełni funkcje ochronne dla chorego i przygotowuje go do momentu, w którym będzie mógł powrócić do dobrego funkcjonowania. Poniękad w „uśpieniu”, powoli i niewidocznie dla innych, chory regeneruje siły, reintegruje swoje rozbite „ja”.

Z praktyki klinicznej wiadomo, iż dla różnych osób okres ten ma różny przebieg i długość, lecz zazwyczaj jest o wiele dłuższy niż ostra faza choroby i o wiele bardziej subiektywnie nieprzyjemny. Pacjent jest w różnym stopniu świadomy faktu, iż to, co przeżył, było chorobą i tę informację musi przyjąć, zaakceptować, oswoić się z nową sytuacją. Ponadto dominujące poczucie pustki, zaburzenia woli, anhedonia pozostawiają jego życie w zawieszeniu. W tej sytuacji najważniejsze staje się odnalezienie na nowo sensu istnienia. Gdy chory zmaga się przez lata z dolegliwościami tego okresu, wówczas mówimy o chronicznym przebiegu choroby.

W okresie częściowej remisji klinicznej pacjenci mogą być kierowani na oddziały dzienne, gdzie celem terapii staje się ustąpienie objawów negatywnych i uzyskanie jak najpełniejszego wglądu w chorobę. Ważna staje się także próba przybliżenia się i zrozumienia własnych problemów emocjonalnych, szeroko rozumiany trening społeczny przygotowujący chorego do powrotu do jego środowiska.

W terapii osób z syndromem negatywnym ważne staje się włączenie pacjenta w **grupę**, aby mógł ponownie zacząć funkcjonować w świecie społecznym. Już nie tylko jedna osoba (terapeuta) staje się ważnym elementem do odzyskania poczucia bezpieczeństwa i realności, ale także inni ludzie, najbliższe otoczenie. Jest to grupa innych chorych, kolegów i koleżanek, terapeuci i rodzina. Programy terapeutyczne są nastawione na to, aby te najbliższe pacjentowi grupy stały się dla niego **środowiskiem terapeutycznym**.

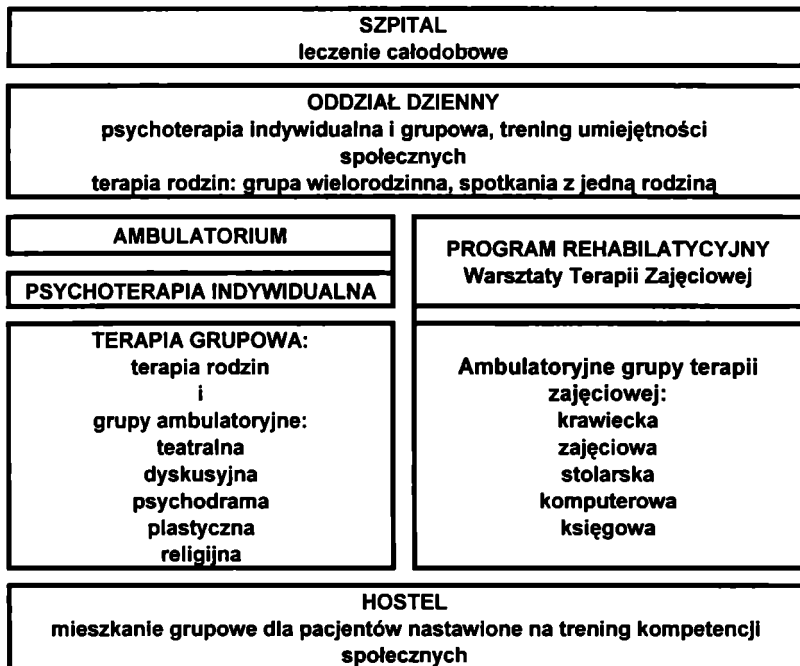
W krakowskim, środowiskowym programie leczenia chorych z diagnozą schizofrenii, istniejącym przy Katedrze Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, wypracowano długoterminowy program leczenia i rehabilitacji.

Opiera się on, oprócz farmakoterapii, na stabilnej relacji terapeuta–pacjent oraz na włączeniu w grupę. Oznacza to kontynuowanie psychoterapii indywidualnej przez tego samego terapeutę, po wypisie z oddziału dziennego przez potrzebny okres w programie ambulatoryjnym. Zazwyczaj są to lata terapii, a minimalny efektywny czas wynosi około dwóch lat. Osoba, która zostaje terapeutą danego pacjenta, integruje całość prowadzonej terapii. Terapia ta z jednej strony polega na wieloletnim kontakcie, zaś z drugiej na więziach tworzonych w małych grupach, do których włączany jest pacjent podczas pobytu na oddziale dziennym, a następnie podczas leczenia ambulatoryjnego. Spotkania w grupach ambulatoryjnych odbywają się raz w tygodniu. Ponadto, równoległe prowadzona jest terapia rodzin, która polega na spotkaniach całej rodziny lub spotkaniach kilku rodzin razem. Osobom, które chorują przewlekłe, proponujemy program rehabilitacyjny.

Nadrzędnymi zasadami, które panują w stworzonym przez nas środowisku terapeutycznym, są: stworzenie choremu poczucia bezpieczeństwa przez bezwarunkową akceptację, komunikowanie się wprost i wzajemną pomoc. Jest to rodzaj środowiska „macierzyńskiego”, w którym głównym czynnikiem integrującym pacjenta jest zainteresowanie terapeuty (Kępiński A., 1972; Grzesiuk L., 1994).

Obudzenie w grupie wzajemnego zainteresowania jest niejednokrotnie trudnym i żmudnym procesem. Wiąże się z wycofaniem chorych, brakiem motywacji do aktywności i współdziałania z innymi. Ten brak jest jednym z głównych problemów na tym etapie leczenia schizofrenii.

Poniższy rysunek ilustruje krakowski system terapeutyczny:



Wydaje się, że środowisko terapeutyczne tworzące korzystną atmosferę oddziału, centrum dziennego lub innej jednostki, w której odbywa się terapia i/lub rehabilitacja chorych, jest zasadniczym czynnikiem wpływającym korzystnie na przebieg leczenia.

Na oddziale dziennym program terapeutyczny opiera się na oddziaływaniach na płaszczyźnie biologicznej, takich jak farmakoterapia, psychologicznej, takich jak psychoterapia indywidualna i codzienna psychoterapia grupowa, sesje rodzinne, oraz społecznej, przez którą rozumie się trening umiejętności społecznych. Niektóre z tych oddziaływań przenikają się i wzajemnie uzupełniają, czyniąc ofertę terapeutyczną bardziej zróżnicowaną, bardziej adekwatną do codziennego życia. Praktyka potwierdza, iż laboratoryjne ćwiczenia, np. konkretnej umiejętności społecznej, są efektywne tylko w sytuacji treningu i nie generalizują się na umiejętności, które powinny być wykorzystane w życiu poza oddziałem. Ważne są więc takie oddziaływania, które sprzyjają przenoszeniu doświadczeń w życie. Efektywne są takie oddziaływania, które mają miejsce nie tylko na terenie oddziału, ale

także poza nim, w różnych miejscach już w środowisku pacjenta.

Zespół terapeutyczny musi indywidualizować ofertę terapeutyczną dla każdego pacjenta i zwracać uwagę na to, czy program oddziału uwzględnia jego potrzeby. W tej przestrzeni może dochodzić czasem do konfliktu między tym, co indywidualne, a tym, co grupowe. Wymaga to dużej umiejętności, a także elastyczności całego zespołu. Patrząc na problem z perspektywy pacjenta, może dochodzić do konfliktu między wolnością czy też pragnieniem wolności pacjenta, a nieustanną zachętą terapeutów do aktywności. Jedynie od wiedzy o pacjencie i intuicji terapeuty zależy, na ile można pacjenta zachęcać lub wręcz naciskać do podejmowania aktywności, a na ile pozostawić mu swobodę w jego działaniach. Pozostawienie swobody może prowadzić do większego wycofania chorego, może dać mu sygnał, iż terapeutycie „nie zależy” na nim. Z drugiej zaś strony, nie można nie uszanować potrzeby wolności pacjenta, potrzeby planowania i wypełniania sobie czasu wedle własnych chęci i jakże ważnego poczucia, że on sam ma wpływ na rzeczywistość.

Dramaterapia w kontekście systemu leczenia

Dramaterapia została włączona w program terapeutyczny realizowany na Oddziale Dziennym Katedry Psychiatrii CM UJ w 1983 r. Początkowo były to godzinne zajęcia jako jeden z elementów programu terapeutycznego na oddziale, potem zaczęto wykorzystywać techniki teatralne na obozach terapeutycznych (Bielańska A., Cechnicki A., 1996). Następnym krokiem było utworzenie grupy teatralnej, która pracowała w trybie ambulatoryjnym; spotykała się raz w tygodniu przez okres jednego roku, przygotowując spektakl teatralny, który był potem przedstawiany przed publicznością.

Użycie dramy jest zależne od tego, gdzie, dla kogo, w jakiej sytuacji i dla realizacji jakiego celu można ją zastosować. Jeżeli chodzi o terapię osób z diagnozą schizofrenii, stosowanie tej metody musi być bardzo ostrożne, aby nie pogłębić regresji psychotycznej.

Oddział całodobowy

Można posługiwać się technikami teatralnymi w pracy grupowej na oddziałach całodobowych, gdzie chorzy są jeszcze w swoim świecie psychotycznym, ale to zastosowanie ma

swoje ograniczenia. Wydaje się, iż głównym ograniczeniem jest nie tylko faza choroby, ale też kontekst szpitala, w którym dramaterapia ma zastosowanie.

Psychotyczny chaos, urojenia lub halucynacje mogą uniemożliwiać teatralną grę pacjentów poprzez wprowadzanie ich w następną rzeczywistość, rzeczywistość granej sztuki. Taka sytuacja może zwiększyć wewnętrzny zamęt pacjentów, niepokój, poczucie zagrożenia. Dlatego też na oddziale całodobowym raczej używa się elementów dramy, zadań teatralnych jako jednej z dodatkowych technik w terapii grupowej. Zazwyczaj są to pojedyncze ćwiczenia lub możliwość zastosowania różnego rodzaju rekwizytów, które są pomocnym środkiem w terapii grupowej. Na przykład, gdy pacjentka opowiada o swojej telefonicznej rozmowie z mamą, można użyć telefonu jako rekwizytu, aby łatwiej było tę rozmowę odtworzyć. Zastosowanie w tej sytuacji rekwizytu ma pomóc pacjentce powrócić wyobraźnią do rozmowy i ją przedstawić. Czym innym jest użycie pojedynczych ćwiczeń teatralnych, np. relaksujących lub związanych z wyrażeniem jakichś emocji w trakcie sesji grupowej. Wiadomo też z piśmiennictwa (Johnson D.R., Munich R.L., 1975), iż realizowano spektakle z pacjentami przebywającymi w szpitalu, pracując z ich problemami, fantazjami, czyli bardzo osobistymi przeżyciami. Trzeba jednak podkreślić, iż takie spektakle zawsze były realizowane z chorymi o względnie ustabilizowanym stanie zdrowia.

Kontekst zastosowania dramaterapii jest określony przez podejście realizowane w ramach danej instytucji psychiatrycznej. Johnson realizował spektakle na oddziale całodobowym dla młodych osób z diagnozą schizofrenii i zaburzeń osobowości w prywatnym, psychoanalitycznie zorientowanym szpitalu. Terapia opierała się intensywnej psychoterapii indywidualnej i rodzinnej, a program zajęć w tygodniu zawierał zajęcia taneczne, teatralne, plastyczne i rekreacyjne. Drama była proponowana chorym w różnej formie, kilka razy w tygodniu; bądź jako zajęcia nastawione na improwizację i gry teatralne, bądź jako grupy nieformalne, gdzie dramy używano jako formy zabawy i odpoczynku oraz jako przygotowywania spektakli, które wystawiano trzy razy w roku (Johnson D.R., Munich R.L., 1975). Z powyższego opisu widać, jak ten kontekst leczenia różni się na przykład od szpitala całodobowego, gdzie oprócz farmakoterapii pacjenci objęci są podtrzymującą opieką indywidualną, spotkania grupowe odbywają się dwa razy w tygodniu, zaś spotkania całej

społeczności raz w tygodniu. W szpitalu opisywanym przez Johnsona bardzo ustrukturuwany program zajęć włączał w szerokim zakresie dramę w cały program leczenia, zaś zespół terapeutyczny intensywnie uczestniczył i reflektował wszystko to, co dzieje się z pacjentem.

Z naszej polskiej perspektywy wydaje się, iż łatwiej można stosować dramaterapię w opiece pozaszpitalnej. Przeniesienie leczenia w środowisko pozwala zespołom bardziej niezależnie od szpitala tworzyć różne formy leczenia i rehabilitacji chorych na schizofrenię.

W środowiskowym programie leczenia dramaterapia może być wykorzystywana na każdym etapie terapii. Jej włączenie w indywidualny program terapeutyczny pacjenta zależy od wskazań terapeutycznych i zaakceptowania przez chorego.

Oddział dzienny

Na oddziale dziennym dramaterapia może przybrać bardziej rozbudowaną formę. Tą formą są specjalne zajęcia dramaterapeutyczne. Ich celem jest poprawa umiejętności komunikowania się z innymi poprzez ćwiczenia związane z osiągnięciem większej swobody w ekspresji własnej, a także nastawione na nawiązywanie i rozwijanie kontaktu z innymi. W tym okresie leczenia ważne stają się także techniki teatralne nastawione na poprawę funkcji poznawczych.

Wszystkie ćwiczenia mają za zadanie objąć całe ciało lub jego poszczególne partie, a więc dotyczą postawy ciała, gestów, mimiki, koordynacji ruchowej, głosu. Nastawione są głównie na uwrażliwienie się na komunikację niewerbalną. Ćwiczenia dotyczące funkcji poznawczych obejmują ćwiczenia uwagi, koncentracji, pamięci i refleksu.

Ważne jest, aby zajęcia na oddziale posiadały wyraźną strukturę i określone cele. Cele muszą uwzględniać możliwości osób, które przychodzą na zajęcia, jeszcze cierpią z powodu różnych zaburzeń. Do najważniejszych z nich należą:

- zbudowanie zaufania w grupie;
- praca nad zaburzonymi granicami „ja”.

Głębokie zaburzenia tożsamości, z którymi spotykamy się w schizofrenii, wymagają leczenia w różny sposób. Jednym z nich może być „praca z ciałem”. Każda technika koncentrująca się na odczuwaniu własnego ciała, angażująca zmysły, może być przydatna. Na tym etapie leczenia wartościowe są gry, które wymagają pojedynczego angażowania zmysłów. Są takie ćwiczenia, które wymagają koncentracji na jednym zmyśle, na przykład na dotyku. Pacjent leżąc na podłodze,

skupia się na odczuciach związanych z kontaktem z podłogą. To, co pozwala odczuwać granice własnego ciała lub je uzmysławia, jest korzystne (Langley D.M., Langley G.E., 1983). Inne są ćwiczenia angażujące więcej niż jeden zmysł, np. wzrok i dotyk. Efektywne jest przechodzenie od ćwiczeń prostszych, skupionych na przykład na dotyku, do bardziej skomplikowanych, gdzie trzeba użyć kilku zmysłów w odczuwaniu granic własnego ciała.

Ponieważ zajęcia odbywają się w grupie, ich cotygodniowy kształt powinien być związany z aktualną dynamiką grupy i współpracą między jej członkami. Ważnym elementem tych zajęć jest zabawa, tworzony wesoły nastrój. Musi on oczywiście być adekwatny do tego, co dzieje się w danej grupie. Ważne jest, aby terapeuta podążał za rozwojem grupy i możliwościami poszczególnych jej członków (Langley D.M., Langley G.E., 1983). Pomimo kreowanej bardziej „lekkiej” atmosfery zajęcia te niejednokrotnie są trudne dla pacjentów, gdyż wiążą się z większą ekspozycją siebie na forum grupy. Ponadto zajęcia takie mogą wydawać się pacjentom „dziwne”, „dziecinne”, „niepoważne”. Dlatego tak istotne jest, aby grupa rozumiała ich cel i metody. W zrozumieniu pomocne jest omawianie tych zajęć po zakończeniu spotkania lub np. na zebraniu społeczności.

Przykłady ćwiczeń i techniki do pracy na oddziale dziennym są załączone w aneksie.

Obóz terapeutyczny

Dramaterapia na obozie terapeutycznym ma nieco inny charakter. Zajęcia odbywają się w o wiele intensywniejszej formie. Podczas dwutygodniowego pobytu na obozie spotkania grupowe odbywają się codziennie. Ponieważ obozy terapeutyczne mają już tradycję dwudziestoletnią, różne formy dramy były podczas nich stosowane. Próby pracy tą metodą zaczęły się od tworzenia improwizowanych przedstawień, parodii wydarzeń obozowych.

Następnie przygotowywano i kręcono opowiadania filmowe, których kanwą były znane wszystkim bajki, reklamy czy teledyski. Powstawały też filmy oparte na oryginalnych scenariuszach tworzonych przez grupy. Wszystkie wymienione powyżej cele dramaterapii były również realizowane, tylko w bardziej intensywniej formie i w bardziej zabawowym, „wakacyjnym” klimacie. Niemniej jednak, niejednokrotnie dotyczyły one głębiej indywidualnej problematyki pacjenta, która była kontynuowana w terapii indywidualnej i grupowej

po obozie (Bielańska A., Cechnicki A., 1996). Działo się tak dlatego, iż wszystkie „filmowe” opowieści posiadały mniej lub bardziej rozbudowany wątek, akcję, wyraźnie zarysowane postacie. Osoby grające poszczególne postacie mogły mniej lub bardziej się z nimi identyfikować bądź też zagłębiać w wydarzenia na scenie ze względu na skojarzenia ze swoimi własnymi problemami, obciążeniami lub wyzwaniem.

Na obozie tzw. „kreatywnym” codzienna praca grupy koncentruje się na grupie prawie wyłącznie poprzez użycie dramy. W ostatnich latach w nasz całonocny program terapeutyczny została włączona także grupa pracująca metodą psychodramy Moreno. Na obozie ten rodzaj terapii jest prowadzony częściej w formie grupy opartej na metodzie playbacku, która jest jedną z możliwości użycia psychodramy.

Terapia pacjentów podczas obozu często nabiera przyspieszenia, łatwiej, szybciej ujawniają się zarówno sfery konfliktowe, słabe lub czule miejsca chorego, jak też jego możliwości i silne strony. Aby terapia na obozie była wartościowa, należy pamiętać, iż obóz jest tylko jednym z wielu elementów w kompleksowym systemie leczenia, nie może być tylko jednorazowym, przyjemnym wydarzeniem dla pacjenta. Dlatego tak istotna jest możliwość kontynuowania terapii po obozie.

Podczas obozu, ze względu na specyficzne warunki, a więc pobyt zazwyczaj w ładnym miejscu w górach, wspólne mieszkanie, skupienie się tylko na życiu tej grupy, z którą się przebywa, kontakt z przyrodą, możliwość kontaktu z terapeutami właściwie przez dwanaście godzin, istnieje szczególne poczucie więzi, bliskości i bardzo rozwija się kreatywność pacjentów. Jest to związane także z większą swobodą, którą wszyscy w tych warunkach odczuwają, zarówno pacjenci, jak i terapeuci; tak jak na wakacjach, wszyscy są poza swoją codzienną rzeczywistością. Niejednokrotnie grupa pacjentów zaskoczyła zespół terapeutyczny swoją inwencją, pomysłami i rosnącą z dnia na dzień energią. Często grane role w miniprzedstawieniach czy opowieściach filmowych stawały się tematem psychoterapii indywidualnej lub stanowiły inspirację do analizowania swoich relacji w grupie. Niejednokrotnie obóz stawał się „punktem zwrotnym” w terapii danej osoby, budził zablokowaną energię.

Terapia ambulatoryjna: grupa teatralna

W ambulatoryjnej grupie teatralnej uczestniczy przeciętnie piętnaście osób. Co rok jej uczestnicy częściowo wymieniają się i wybierają inny dramat do gry. Prowadzą ją trzy

osoby: profesjonalny reżyser, psycholog lub inny profesjonalista, który również gra razem z grupą i psycholog, który czasem uczestniczy w spotkaniach i pełni funkcje superwizyjne.

Grupa spotyka się raz w tygodniu na dwie godziny w okresie od września do czerwca. Pracę grupy wieńczy przedstawienie, czasem pokazywane kilka razy, na które zapraszana jest publiczność. Tę szczególną publiczność tworzą rodziny, przyjaciele, znajomi, ale też osoby pracujące w psychiatrii i artyści zainteresowani tym rodzajem sztuki.

Rozwijając dramaterapię w terapii i rehabilitacji osób z diagnozą schizofrenii, zauważyliśmy, iż może ona być niezwykle pomocna w kilku sferach oddziaływania na pacjenta. Łączy przede wszystkim różne elementy głębszej psychoterapii, związane zwykle z indywidualną pracą nad rolą, z treningiem umiejętności społecznych, który w dramaterapii przyjmuje bardzo elastyczną i wielopłaszczyznową formułę. Grupa teatralna poprzez pracę nad realizacją konkretnego dramatu może z jednej strony dawać okazję do indywidualnej psychoterapii eksplorującej i w niedługim czasie poprzez istnienie sceny stwarzać szansę do wypróbowania nowych elementów zachowania. A więc tekst dramatu, grana rola lub problematyka zawarta w sztuce mogą stanowić inspirację do głębszych refleksji nad sobą. Jeśli ta refleksja prowadzi do zobaczenia siebie inaczej, lepszego rozeznania w swoich problemach emocjonalnych, będzie istniała możliwość zmiany. Grupa teatralna może być wówczas terenem, na którym ta zmiana może zaistnieć. To byłby ten najgłębszy poziom możliwości wykorzystania dramaterapii. Inny poziom to poziom grupowy, społeczny. Poprzez to, iż spotkania zawsze odbywają się w całej grupie, istnieje nieustanny teren dla treningu społecznego. Rolą terapeuty grupowego jest praca nad relacjami w grupie, jej dynamiką. Jeszcze inny poziom może najbardziej widoczny, a z drugiej strony, bardziej powierzchowny, to takie uczestnictwo w grupie, które daje poczucie przynależności do jakiejś grupy wsparcia i organizacji czasu wolnego. Jest on bardzo wartościowy, pomimo iż nie dotyczy głębszej problematyki; większość pacjentów to osoby wyizolowane i samotne, a grupa ambulatoryjna jest często jedyną grupą w ciągu roku, z którą chory utrzymuje kontakt.

Dzieje się nieraz tak, iż kontakty, a potem więzi powstające w grupie przenoszą się w osobiste życie pacjentów. Są także niejednokrotnie doświadczeniem, które potem udaje się przenieść do życia poza środowiskiem psychiatrycznym, do pracy oraz w kręgi koleżeńskie.

Celem tak prowadzonej dramaterapii jest nie tylko przezwyciężenie istniejących objawów choroby, ale także wzmocnienie i rozwój całej osoby.

Poprzez pracę nad tekstem, fabułą sztuki, rolą, tworzeniem scen wraz z innymi aktorami/pacjentami, wydaje się, że, **po pierwsze**, istnieje szczególnie możliwość lepszego zrozumienia siebie, innych ludzi i wzajemnych relacji. Ta specyfika wyraża się w tym, iż pacjent/aktor poznaje siebie i innych „pośrednio”, analizując i wchodząc w rzeczywistość dramatu. Zastanawia się nad uczuciami, postawami, relacjami w sztuce, by potem grając je, tworzyć. Daje to możliwość wejścia w rzeczywistość dramatu i poczucia na sobie **samym tego wszystkiego**, co dotyczy granej roli i jej związków z innymi. Wydaje się, iż dla osób chorych na schizofrenię jest to bezpieczny sposób zagłębiania się w swoim świecie wewnętrznym. Sztuka ze swoją historią jest dla pacjenta/aktora rzeczywistością „pośredniczącą”. Dzięki niej pacjent bezpiecznie i na takim poziomie, jaki mu odpowiada, może przyglądać się swoim uczuciom, myślom i zachowaniom. Może też uczyć się czegoś nowego od granych postaci.

Po drugie, pacjent/aktor poprzez grę, pracę nad rolą i jej wyrażaniem ma możliwość osiągnięcia lepszego wyrażania siebie samego, zwiększenia możliwości własnej ekspresji. Repertuar ćwiczeń i pracy nad ekspresją jest już o wiele bardziej skomplikowany niż ćwiczenia prowadzone na oddziale dziennym czy na obozie. Ponadto praca z ciałem jest bardziej kompleksowa, trwa o wiele dłużej, toteż istnieje większa szansa utrwalenia pewnych możliwości ekspresji.

Po trzecie, istnieje możliwość ćwiczenia funkcji poznawczych, takich jak: uwaga, koncentracja, pamięć czy refleks. Służy temu uczenie się tekstu sztuki, zapamiętywanie układu scen i wszystkich elementów gry, a także współdziałanie z innymi postaciami na scenie.

Trudności z koncentracją i pamięcią są najczęstszą skargą chorych w okresie częściowej klinicznej remisji. Niemożność skupienia się nawet na czas przeczytania jednej strony z książki lub gazety, napawa obawą o funkcje intelektualne i udowadnia pacjentowi, jak bardzo inaczej funkcjonuje on po przebytej chorobie. Możliwość pracy w grupie, choćby z tą jedną dysfunkcją, jest duża. Wymagania dotyczące np. ćwiczenia pamięci muszą być precyzyjne i nie przekraczać możliwości pacjenta. Stopień trudności należy zwiększać stopniowo, idąc za rosnącymi umiejętnościami. Przykładowo, na początku zapoznając się z całym tekstem sztuki i swoją rolą,

pacjent może uczyć się tylko jednego zdania z jakiegś jednej sceny. Na bazie tego jednego zdania i tego, co się w danej scenie ma dziać, budowany jest teatralny epizod. W dalszych etapach prób pacjent może dostać więcej tekstu do nauczenia się, a tak naprawdę całość musi znać w końcowym etapie przed premierą. Tak więc praca nad tekstem może przebiegać powoli, bez presji. Trening koncentracji, pamięci, refleksu oczywiście dotyczy nie tylko tekstu, ale współgrania z kolegami na scenie, zapamiętywania kolejności scen, a także, o ile jest to konieczne, improwizowania.

Współpraca z innymi kolegami/aktorami i reżyserem jest, po czwarte, nieodzownym warunkiem powstania przedstawienia teatralnego. O ile można samemu namalować obraz czy zagrać na instrumencie – to przygotować spektakl teatralny można tylko w grupie. Daje to duże możliwości treningu społecznego, który nie jest nastawiony na ćwiczenie konkretnej umiejętności, lecz na „społeczne rozruszanie” całej osoby. Kontakty w grupie podczas spotkania koncentrują się wokół zadania, jakim jest wspólna gra. Na ich bazie powstają więzi między członkami grupy, które przeplatają się z osobistymi kontaktami uczestników grupy.

Równocześnie określone role dają możliwość ćwiczenia konkretnych zachowań, wyrażania różnych uczuć w relacji do innych postaci. Na sieć relacji między członkami grupy nakładają się relacje między postaciami. Można to zobaczyć jako zintensyfikowany trening społeczny, gdyż „pole społeczne” jest poprzez te nakładające się relacje bardzo zagęszczone. Pułapką może być zbytne zagęszczenie tych relacji, niemożność oddzielenia relacji realnych od tych z dramatu. Należy jednak podkreślić, iż grupa spełnia głównie pozytywną rolę; często jest to jedyna grupa, z którą spotyka się pacjent, a więc spełnia rolę grupy odniesienia. Jest wspierającym środowiskiem terapeutycznym dla chorego. Jeżeli w takiej grupie wytworzą się koleżeńskie więzi, to przenoszą się czasem w środowisko poza instytucją psychiatryczną i jest to następny krok w kierunku świata „zdrowych”.

Cele dramaterapii dla osób z diagnozą schizofrenii, rozpisane szczegółowo powyżej, a więc takie jak:

- lepsze zrozumienie siebie i innych;
- zwiększenie możliwości ekspresji własnej;
- ćwiczenie funkcji poznawczych;
- współpraca z innymi;

są podobne do celów realizowanych w innych formach terapii grupowej. Są one tylko realizowane w bardzo specyficzny

sposób. Akcent położony na leczenie pewnych dysfunkcji chorego lub odblokowanie jego umiejętności zależy przede wszystkim od niego samego i od wnikliwego podążania terapeuty za rozwojem jego możliwości. Rzeczywistość dramatu jest więc rzeczywistością, która na czas próby staje się rzeczywistością chorego. Wewnątrz niej można pozwolić sobie na pójście za swoją wyobraźnią, pokusą, można nią zapełnić własną pustkę.

„Połączyć rytm, w jakim żyje ciało z rytmem świata, czuć stale ten związek i czuć również stałą wymianę materii, dzięki której istota ludzka jest zanurzona w świecie” (Simon Weil) (Weil S., 1991, str. 116).

Piśmiennictwo

1. Bielańska A., Cechnicki A., 1996, *Obozy terapeutyczne w środowiskowym programie leczenia chorych na schizofrenię. Bilans 20 lat*, Psychoterapia 4 (99), str. 69–80.
2. Cechnicki A., 1991, *Rola oddziału dziennego we wczesnej rehabilitacji chorych na schizofrenię*, Praca doktorska, Kraków.
3. Fenton W.S., McGlashan T.H., 1995, *Schizophrenia: Individual psychotherapy*. In: Kaplan H.J., Sadock B.J. (eds), *Comprehensive textbook of psychiatry*, William and Wilkins, Baltimore, pp. 1007–1018.
4. Gabbard G.O., 2000, *A neurobiologically informed perspective on psychotherapy*, The British Journal of Psychiatry, 177, pp. 117–122.
5. Grzesiuk L. (red.), 1994, *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, PWN, Warszawa.
6. Johnson D.R., Munich R.L., 1975, *Increasing Hospital – Community Contact Through a Theater Program in a Psychiatric Hospital*, Hospital and Community Psychiatry, vol. 26, 7 July.
7. Kandel E.R., 1998, *A New Intellectual Framework for Psychiatry*, Am. J. Psychiatry, 155, pp. 457–469.
8. Kandel E.R., 1999, *Biology and Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited*, Am. J. Psychiatry, 1996, pp. 505–524.
9. Kayton L., Koh S.D., 1976, *Postpsychotic state, convalescent environment and therapeutic relationship in schizophrenic outcome*, Am. J. Psychiatry, 133, 11, pp. 1269–1274.
10. Kępiński A., 1972, *Schizofrenia*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
11. Kępiński A., 1989, *Poznanie chorego*, PZWL, Warszawa.
12. Kokoszka A., 1996, *Rozumieć aby leczyć i „podnosić na duchu”. Psychoterapia według Antoniego Kępińskiego*, Collegium Medicum UJ, Kraków.

13. Langley D.M., Langley G.E., 1983, *Dramatherapy and Psychiatry*, Crom Helm.
14. Ricoeur P., 1986, *Symbolika zła*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa, str. 166–198.
15. Strauss J.S., 1989, *Subjective experience of schizophrenia: toward a new dynamic psychiatry – II*, Schizophr. Bull., 15, 2, pp. 179–187.
16. Weil S., 1991, *Wybór pism*, Wydawnictwo Znak, Kraków.
17. Wojciechowska A., Walczewski K., Cechnicki A., 2001, *Zależności między właściwościami sieci społecznej a wynikami leczenia chorych na schizofrenię w trzy lata od pierwszej hospitalizacji*, Psychiatria Polska, tom XXXV, nr 1, str. 21–32.
18. Zubin J., 1986, *Mögliche Implikationen der Vulnerabilitätshypothese für das psychosoziale Management der Schizophrenie*. In: Boker W., Brenner H.D. (eds), *Bewältigung der Schizophrenie*, Verlag Hans Huber, Bern, s. 29–42.

2. Dramaterapia w leczeniu chorych na schizofrenię

Wycofanie

O ile podczas ostrej psychozy dominujący jest chaos i lęk, o tyle po jej ustąpieniu pozostaje wycofanie i smutek.

Chory na schizofrenię jest często człowiekiem o ograniczonym kontakcie z innymi, zarówno w chorobie, jak i w okresie przed zachorowaniem. Dla niektórych pacjentów słabe kontakty społeczne, nieśmiałość czy też tendencja do izolowania się są charakterystycznym stylem bycia. Dla innych cały proces „wycofywania” zaczyna się znacznie później, zazwyczaj w najtrudniejszym dla nich okresie życia. Proces ten poprzedza kryzys psychiczny, o ile już nim nie jest.

Wycofywanie się z kontaktów z innymi ludźmi ujawnia się poprzez małą aktywność na każdym poziomie funkcjonowania, nawet tym najprostszym, motorycznym. Człowiek może być wówczas spostrzegany jako osoba spokojna, czasem wręcz powolna, a jego twarz może mieć słabą ekspresję, zastygniętą w swoim wyrazie. Jest nieśmiały, przekonany, iż nie ma nic ciekawego do powiedzenia, jego kontakty społeczne zawężają się do relacji z kilkoma najbliższymi osobami. Wycofanie bierze się z dwóch różnych motywów. Jeden z nich to ukrywanie swoich głębokich, intensywnych uczuć, inny to poczucie wypalenia i pustki wewnętrznej. W obu przypadkach spełnia ono taką samą funkcję: zmniejsza znacznie komunikowanie się z otoczeniem.

Wycofanie jest także szukaniem schronienia przed innymi ludźmi. Do tego ochronienia swojej osoby przed światem służy najczęściej „zasłona” lub „maska” (Tischner J., 1988), a więc coś, za co człowiek się chowa.

Ochronną funkcję wobec „ja” może pełnić uczucie wstydu. Wstyd, odsuwając nas od innych, może być jednym z czynników prowadzących do izolacji. Wstyd jest „zasłoną” naszej twarzy wobec drugiego człowieka.

„Wstyd to wyraz niedoli naszych pragnień – tych pragnień, których słusność nie podlega dla pragnącego wątpliwościom, ale budzi wątpliwości u innych” (Tischner J., 1988).

Osoba, która się wstydzi, ukrywa swoje pragnienia przed innymi i poprzez to wycofuje się z dialogu z innymi. Wstyd jest dla tej osoby ochroną przed brakiem akceptacji, a jej pragnienia pozostają w świecie wewnętrznym, są znane tylko jej.

Innego rodzaju funkcję ochronną pełni „maska”. Maska stwarza pozory, że coś jest, podczas gdy naprawdę tego nie ma lub odwrotnie, że czegoś nie ma, gdy to faktycznie istnieje. „Maska, to wygląd człowieka przez okno kryjówki” (Tischner J., 1988). Dla chorego na schizofrenię konieczność używania maski jest niezwykle męcząca. Można powiedzieć, iż maska boleśnie uwiera chorego, nie pozwala na swobodną ekspresję „ja”. Kępiński pisał:

„Niezadowolenie z własnej aktywności wzrasta, im większa jest rozbieżność między wybraną rolą a rolami odrzuconymi, między planem a wykonaniem i między spodziewaną a rzeczywistą reakcją otoczenia. Taką rozbieżność obserwuje się często u chorych jeszcze przed wybuchem schizofrenii. Dominującymi uczuciami osób dotkniętych chorobą jest lęk, wstyd, gniew i poczucie winy. Nurtuje ich niezadowolenie z samych siebie, chcieliby być czym innym, niż są w rzeczywistości. A w roli, którą zmuszeni są wbrew swojej woli odgrywać, wychodzi im wszystko inaczej, niż sobie zaplanują i tym bardziej czują jej obcość. Mają wrażenie, że stale uwiera ich maska, że nie są na zewnątrz tym, kim są naprawdę, że otoczenie widzi ich złą grę i odczytuje, co się za nią kryje” (Kępiński A., 1972).

„Obca też staje się ta część własnej osoby, która bezpośrednio ze światem tym się styka, a więc ekspresja, stąd poczucie krępującej maski i sztuczności, rozszczepienie między tym, co się wewnątrz czuje, a tym, co się na zewnątrz manifestuje” (Kępiński A., 1972).

To, co jest najbardziej męczące i przykre, to odczucie sztuczności. Aktorzy, którzy na scenie teatru noszą maskę ze względu na wymagania roli, czują tę podwójność, o której pisał Kępiński, bardzo namacalnie. Z jednej strony, ukrywanie własnej twarzy powoduje, iż swobodniej można prezentować takie zachowania, które są przypisane tej właśnie masce. Przykładowo, jeżeli aktor wkłada na twarz maskę kłowna z cyrku, dopasowuje swój sposób poruszania się oraz gestykulację do owej maski. Aktor może czuć się swobodnie w roli kłowna, będąc jednocześnie skrepowany. Maska niejako narzuca przypisany jej styl ekspresji, nawet jeśli jest on zupeł-

nie obcy aktorowi. Nie pozwala wyrażać swoich naturalnych odruchów i zachowań.

Dla chorego nieujawnianie własnych uczuć i myśli powoduje, iż one nie mając ujścia, gromadzą się wewnątrz i poprzez to nagromadzenie rosną. Życie wewnętrzne staje się coraz bardziej intensywne, a życie „zewnętrzne”, a więc kontakty i wymiana z innymi, słabnie. W takiej sytuacji może dojść do głębokiej izolacji chorego od świata społecznego lub do wybuchu ostrych objawów psychozy.

Jeżeli zjawisko wycofania ma miejsce także po ustąpieniu objawów produktywnych, takich jak urojenia, omamy czy napięcie, to jest ono jeszcze powiększone o świadomość przebytej psychozy. Na tym etapie leczenia ważna wydaje się możliwość terapii nastawionej na komunikowanie się z innymi. Rozeznanie we własnych emocjach, wyrażanie ich, umiejętność znalezienia się z powrotem **wśród innych**, staje się jednym z głównych celów psychoterapii chorego na schizofrenię.

Teatr terapeutyczny może być pomocny w realizacji tego celu poprzez stopniową pracę nad uchyleniem „maski”, odsunięciem „zasłony”. Terapia dotyczy nie tylko takich uczuć, jak gniew i wstyd, ale również i tych „pozytywnych”: radości, serdeczności, czułości, które także są dla pacjenta trudne do wyrażenia.

W teatrze ludzkie losy, uczucia, problemy są dramatycznie zagęszczane. Stanowią kanwę dla rozmyślań i przeżyć aktorów, kanwę, na podstawie której ma powstać jaśniejszy obraz przeżyć własnych. Jest ona także podstawą do tak zróżnicowanej palety zachowań związanych z rolami, że to wszystko razem stanowi doskonale laboratorium ekspresji własnej aktora. Poprzez teatr można więc uruchomić proces odzyskiwania większej harmonii między przeżyciami a ich ujawnianiem. Oznacza to drogę do swobodniejszego wyrażania siebie, a co za tym idzie **większej możliwości dialogu**, komunikowania się.

Czynniki leczące w dramaterapii

Grupa teatralna nastawiona na realizację spektaklu łączy, jak wcześniej wspomniano, możliwości głębszej psychoterapii z szeroko rozumianym treningiem społecznym. W tego rodzaju terapii teatralnej istnieją czynniki pełniące rolę terapeutyczną. Niektóre z nich pojawiają się tylko w takim leczniczym programie, który nazywamy tu teatrem terapeutycznym.

tycznym. To właśnie umowność, kreowanie roli i sceny są specyficznymi dla tego rodzaju terapii czynnikami leczącymi, zaś pozostałe mają także znaczenie w innych formach psychoterapii osób chorych psychicznie.

Do istotnych czynników leczących w grupie teatralnej należą:

- 1) struktura;
- 2) umowność;
- 3) kreowanie roli;
- 4) kreowanie sceny;
- 5) zabawa;
- 6) „twórcze samopoczucie”;
- 7) szczególna obecność terapeuty i rola reżysera.

Struktura

Strukturę tworzą: scenariusz spektaklu, który jest zazwyczaj skróconą wersją danej sztuki, stałość miejsca, w którym spotyka się grupa, dyrektywność reżysera i obecność terapeuty. Struktura tworzy wyraźnie określone granice przestrzenne, czasowe i osobowe, które są bezpiecznym oparciem dla grupy. W schizofrenicznej pustce jest konstrukcją, na której można budować „bycie w świecie.” W wewnętrznym chaosie zintegrowany, zorganizowany świat zewnętrzny daje oparcie.

W innych formach terapii grupowej dla osób po kryzysie psychicznym ten czynnik również pełni zasadniczą rolę. Dla osób, które są w ostrej fazie choroby, **struktura**, jasny program dnia i tygodnia pozwala na stopniowe układanie rozbiętego „ja”. Szpital stanowi najbardziej radykalną formę takiego ustrukturuwanego świata, gdzie wszystko ma swoje jasno określone miejsce i czas.

Umowność

Rzeczywistość dramatu jest umowna, istnieje zapisana w dramacie i realizuje się tylko poprzez wspólną grę. Umowność jest niezwykle ważnym czynnikiem terapeutycznym; pozwala pacjentom schować się w nią (to nie jestem ja, gram tylko rolę), i równocześnie dzięki niej wyeksponować się (to ja gram). Znaczy to tyle, że gdyby pacjent miał zaimprovizować i pokazać, jak cierpi z powodu śmierci kogoś bliskiego, to byłoby to o wiele trudniejsze niż zagranie np. jednej z płaczek oplakującej śmierć Alkestis w dramacie Eurypidesa. Gdyby aktor miał zaimprovizować kogoś zakochanego, to również

byłoby to o wiele trudniejsze niż zagranie Romea w scenie balkonowej z Julią. Grając rolę, wchodząc w rzeczywistość dramatu, łatwiej o ekspresję różnych uczuć, bo są one „nie moje”, tylko granej postaci. Z drugiej zaś strony, są moje, bo ja je wyrażam. Daje to duże poczucie bezpieczeństwa pacjentom i pozwala następnie na głębszą analizę uczuć.

W umowności ważne jest, aby granice między rzeczywistością dramatu a naszą rzeczywistością były wyraźne. W przebiegu schizofrenii, jak wiemy, właśnie granice pomiędzy „ja” chorego a światem, między „ja” a innymi, są bardzo kruche lub pęknięte. Inni wpływają na chorego lub on wpływa na innych. Pacjent żyje w podwójnej rzeczywistości: urojonej i realnej. Obie są dla niego prawdziwe lub tylko ta urojeniowa istnieje naprawdę.

W okresie, kiedy pacjenci biorą udział w grupie teatralnej, są już z powrotem w świecie realnym i większość z nich posiada możliwość rozróżnienia tego, co było przeżyciem psychotycznym, a co realnym. Niemniej jednak, podczas grania roli bardzo ważne jest zachowanie do niej dystansu. Dziewczyna, która przykładowo gra Julię – bohaterkę dramatu Szekspira – nie może po skończonej próbie dalej zachowywać się jak ona i pozostać w roli. Musi z tej roli wyjść. Podobnie każdy inny aktor, nawet ten, który gra tylko epizodyczną rolę, np. wesołego gościa na balu.

W psychodramie Moreno istnieje specjalny rytuał pomagający grającym w „wyjściu z roli”. Protagonista dotyka osoby, która grała w jego scenie i wypowiada zdanie „nie jesteś ...moją matką (ojcem, bratem, itp)”. Może to powtórzyć kilka razy, aby grający rolę autentycznie poczuł, iż „wyszedł z roli” (Bielańska A., Łopalewska D., 1998).

W grupie teatralnej jest kilka procesów, które pomagają oddzielać rzeczywistość sztuki od realności, „wychodzić” po próbie z roli. To budowanie granic polega przede wszystkim na **reflektowaniu** granej historii, występujących postaci, uczuć, jakie budzą w uczestnikach grupy. Zanim zostaną rozdane role, kilka spotkań jest poświęconych czytaniu i dyskutowaniu nad sztuką. Kiedy zaś każdy już ma swoją rolę, wówczas jest ona szczegółowo omawiana. Zachowanie postaci dramatu, jej uczucia, relacje z innymi są szczegółowo analizowane. Refleksja, werbalizowanie myśli i uczuć, jest tu podstawową metodą uzyskiwania dystansu do granej historii i postaci.

W okresie dwóch ostatnich lat praca nad postaciami i scenami uległa pewnej zmianie. Podczas pierwszych spo-

tknięć grupy mniej jest omawiania ról i sytuacji w dramacie poprzedzającego samą grę, a więcej jest bezpośredniej pracy na scenie. Przed rozdaniem ról cała grupa ćwiczy różne sceny i różne role, a omawianie ich dzieje się równolegle do kreowania scen. Nie można go jednak zaniedbać.

Innego rodzaju środkiem budowania umowności, a więc granic między realnością a nierealnością, wewnętrznym światem spektaklu jest: **kostium, charakteryzacja i rekwizyt**.

Umożliwia to większe „schowanie się” za środki teatralne i utrzymywanie dystansu do granej postaci. Każdy człowiek prawdopodobnie ma doświadczenie uczestnictwa w balu maskowym. Kiedy przywołamy w wyobraźni to doświadczenie, uświadomimy sobie, jak w sposób natychmiastowy można zmienić swoje zachowanie, kiedy włoży się na głowę koronę króla, kapelusz kowboja lub kostium kłowna. Ubierając na siebie jakieś ubranie symbolizujące jednoznacznie pewną postać, łatwo dopasowujemy nasze ruchy, sposób mówienia do tej postaci. Jednocześnie zdejmując z siebie maskę wesółka lub kostium greckiego boga, także „szybko” wracamy do siebie samego. Właśnie na takich przykładach widać bardzo wyraźnie, wręcz namacalnie tę granicę.

Wartościowy wydaje się także taki sposób wychodzenia z rzeczywistości dramatu, który podobny jest do „zdjęcia z roli” w metodzie psychodramy. Może to być jakiś rytuał przynależny tej właśnie grupie, a także rozmowa o życiu codziennym uczestników; o tym, jak ktoś sobie radzi w pracy, jak planuje wakacje lub co ciekawego grają w kinach. W naszej grupie takim rytuałem była częstokroć zwykła, wspólna pogawędka przy herbacie i ciastkach. Ponadto wspólne sprzątanie sali do prób, składanie rekwizytów też pomagają w wejściu z powrotem w codzienność.

Należy podkreślić, iż umowność stale stwarza pewne ryzyko zatarcia granic, ale z drugiej strony daje ogromną szansę na bezpieczne eksperymentowanie sobą w roli.

Paradoksalnie można powiedzieć, że **aby odnaleźć siebie samego, trzeba się schować w roli**.

Dystans do roli pozwala na uruchomienie własnych możliwości twórczych. Gdyby ten dystans nie istniał, a rzeczywistość dramatu była realną rzeczywistością, gdyby dotyczyła bezpośrednio grających, nie byłoby możliwe swobodne przemieszczanie się wewnątrz niej.

Kreowanie roli

Wydaje się, iż najbardziej leczniczy dla aktora i równocześnie najbardziej twórczy dla pacjenta jest proces kreowania roli.

Pacjent, kiedy już ma wybraną rolę, charakter, który będzie odgrywał, zaczyna nad nimi pracować na scenie. Jest w ten sposób wyeksponowany na forum grupy. Początkowo jest to praca indywidualna z reżyserem, grupa zaś śledzi pierwsze próby i pomaga refleksją i komentarzem. Dochodzi w ten sposób do masywnej koncentracji uwagi na osobie próbującej zarówno reżysera, jak i całej grupy. W trakcie kolejnych spotkań aktor poszukując najlepszego sposobu wyrażenia danej postaci, stara się zrozumieć ją i jej związki z innymi postaciami dramatu. Takie poszukiwanie porusza całego aktora, cały jego organizm. Wymusza aktywność na wszystkich poziomach – intelektualnym, emocjonalnym i fizycznym. Aktor poprzez ruch, gest, mimikę, ton głosu musi wyrazić specyfikę granej postaci. Używa do tego siebie, będąc w interakcji z tekstem i reżyserem. Jeżeli dochodzi do tej interakcji w sposób twórczy, jeśli pacjent potrafi nieraz zaryzykować, zachowując się w roli bardziej swobodnie i spontanicznie lub w sposób dla siebie nowy, mówimy, że ma miejsce jego **kreacja osobista**. Kiedy w tej sytuacji dochodzi do pełnego wyrażenia granej postaci, ma miejsce **kreacja aktorska**. Często te dwie kreacje łączą się z sobą. W tym momencie ma miejsce też proces „zdrowienia” – lęk, smutek i niemoc ustępują odradzającej się radości z siebie samego.

Pacjenci przeciętnie uczestniczą w grupie teatralnej przez dwa, trzy sezony. Kiedy ktoś z nich zostaje na sezon następny, wybiera zazwyczaj rolę odmienną od poprzedniej. Wybór ról dokonuje się poprzez propozycje reżysera, decyzję danej osoby lub wspólną dyskusję w grupie. Zazwyczaj dzieje się to przez wspólne uzgadnianie.

Naszym terapeutycznym założeniem jest proponowanie roli niezbyt odległej od „ja” pacjenta. Przykładem może być dziewczyna grająca Kasię w *Poskromieniu złoŹnicy* Szekspira. Nie miała ona problemu z wyrażaniem złoŹci, lecz była jej pełna, toteż często była bardzo sztywna, a gdy coś ją irytowało, parskała tylko pod nosem, wyrażając tym samym żal i pretensję. W roli „złoŹnicy” mogła rozwinąć swój repertuar wyrażania agresji. Próbowwała ją wyrażać w bardzo różny sposób: od niezadowolonej miny po wŹciekły wrzask. Miała też okazję nauczyć się wyrażania gniewu w sposób kontrolowany. Równocześnie analizowała swoje uczucia, śledziła

w jakiej części ciała one się najczęściej lokują. Ponadto, jak wiemy, w tym dramacie musiała w końcu poskromić własną złość i być pokorną wobec swojego męża, Petruchia.

W następnym roku dziewczyna ta zagrała rolę liryczną, co było dla niej trudniejsze niż rola „złościcy”. Bliskość z mężczyzną, czułość i okazywanie jej, było na tyle obciążone lękiem, iż wręcz niemożliwe dla niej. W trakcie kolejnych prób w roli zakochanej dziewczyny i jej omawianiu, aktorka potrafiła w końcu wydobyć z siebie ciepło i delikatność. Sama przyznała, iż to zadanie teatralne było dla niej najtrudniejszym ze wszystkich.

Wydaje się, iż korzystna jest taka sytuacja, gdy realizacja ról zaczyna się od ról łatwiejszych do trudniejszych. Gdyby było na odwrót, prawdopodobnie efekt terapeutyczny byłby znikomy lub część aktorów zrezygnowałaby z uczestnictwa w grupie.

Ciągłe próbowanie wymusza stopniowe przełamywanie wewnętrznych przeszkód, oporów. Te opory powinny być analizowane i neutralizowane. Pomaga w tym ciągła refleksja nad tym, co przeżywa aktor. Przeżycia aktora–pacjenta powinny stawać się świadome w procesie terapii i zintegrowane z jego wewnętrznym światem. Zdarza się też, iż dana rola wyzwala nie tylko schowane wcześniej uczucia aktora, ale też wspomnienia, marzenia i sny. Korzystne jest, aby również ta część przeżyć była tematem terapii indywidualnej. Jeżeli praca i terapia w grupie teatralnej jest zintegrowana z procesem psychoterapii indywidualnej, kończy się ona sukcesem. Sukcesem pacjenta i sukcesem aktora. Wraz ze zrozumieniem postaci pojawia się ciekawa, dobra gra i większa spontaniczność aktora. Coraz większe rozumienie postaci i eksperymentowanie sobą po to, aby jak najlepiej ją wyrazić, daje ciekawą, dobrą grę i większą ogólną kreatywność pacjenta–aktora.

Jeżeli uczestnictwo w grupie teatralnej pozostaje dla danej osoby na poziomie „grania ról”, a więc bardziej powierzchowne, efekt terapeutyczny może być spostrzegany jako „mniejszy”. Z perspektywy tej konkretnej osoby może to być jednak na tyle wystarczające, że wpływa potem na jakość jej życia i możliwość utrzymania się w środowisku. Należy przyjąć, iż nie każda osoba w grupie teatralnej dokona głębszej analizy siebie i wzmocni się na tyle, aby osiągnąć taki poziom społecznego funkcjonowania, który zapewni jej oderwanie się od profesjonalnego systemu wsparcia.

Kreowanie sceny

Kreowanie sceny to twórcza współpraca kilku osób: aktorów i reżysera. W tej sytuacji niezbędnym elementem jest wzajemna empatia i współdziałanie. Tutaj relacje zagęszczają się, gdyż na sieć ról towarzyskich panujących w danej grupie nakłada się sieć ról związanych z postaciami dramatu. Jest to ogromna ilość najrozmaitszych wzajemnych uczuć i zachowań, które wielokrotnie trzeba omawiać, aby wspólna gra nie tylko udała się, ale też miała znaczenie terapeutyczne. Tego rodzaju omawianie nastawione jest na uzyskiwanie coraz lepszego wglądu w swoje postawy, relacje z innymi oraz możliwość szybkiego wypróbowania nowych zachowań. Ćwiczenie różnych zachowań, takich, które są dla uczestników grupy łatwe, ale i tych nowych, utrwala inny sposób ekspresji.

Ponadto sztuka z jej opowieścią o tym, co się dzieje między postaciami dramatu, daje pośrednio możliwość refleksji nad swoimi problemami egzystencjalnymi; jest lustrem, w którym każdy z uczestników może się przeglądnąć.

Zabawa

Zabawa jest świadomie używanym sposobem na tworzenie dobrego klimatu, budowanie poczucia bezpieczeństwa i ciągłą próbą wyzwiania przez terapeutów energii w grupie. Ponieważ w grupie większość stanowią pacjenci apatyczni, smutni, nie jest to łatwe zadanie, zwłaszcza w początkowej fazie grupy. Trudno jest nadać spotkaniom humor i lekkość. Główną rolę w tworzeniu żartu odgrywają reżyser i terapeut, którzy poprzez swoją aktywność, szczególnie podczas pierwszych spotkań, starają się zarówno poprzez ćwiczenia, elementy zwykłej zabawy, jak i wspólną z grupą aktywność wprowadzać humor. Humor może także być sposobem dystansowania się do trudnych i bolesnych treści dramatu. Jego wprowadzenie w tej sytuacji powinno być oczywiście adekwatne do klimatu w grupie i przeżyć osoby pracującej nad rolą. Żart w pracy nad tragiczną warstwą sztuki jest punktem, oddechem od bardzo trudnych tematów, odzyskaniem realnej perspektywy.

Ważne jest, aby nie było „za dużej różnicy” między nastrojem grupy a proponowanymi ćwiczeniami czy zabawami. Kreowanie nastroju powinno być włączone w proces dynamiki grupowej. Kiedy grupa staje się bardziej spójna, łatwiej o przywołanie żartu i śmiechu. Ciężar kreowania nastroju

nie spoczywa już na reżyserze czy terapeutach, lecz tworzą go członkowie grupy. Najłatwiej przychodzi to tym pacjentom, którzy są w grupie drugi lub trzeci rok i czują się już zupełnie swobodnie.

Dobra zabawa jest sztuką, i, jak pisze Blatner, dzieje się tak, kiedy pojawia się „ten szczególny punkt w zabawie, kiedy twoja wyobraźnia i spontaniczność zaczyna dodawać trochę swojego stylu i oryginalności” (Blatner A., 1988).

„Twórcze samopoczucie”

„Twórcze samopoczucie” to określenie przez Stanisławskiego takiego stanu ducha w trakcie kreowania przedstawienia, gdy aktor, używając swojej wyobraźni, całkowicie skupia się na granej rzeczywistości, zachowując równocześnie do niej dystans.

„Zrozumiałem, że twórczość pochyna się w chwili, gdy w duszy i wyobraźni aktora rodzi się magiczne, twórcze »gdyby«. Póki istnieje realna rzeczywistość, realna prawda, w której istnienie nie można wątpić, póty nie ma miejsca na twórczość. Lecz oto zjawia się twórcze »gdyby«, mniemana, wyobrażona prawda, w którą on wierzy tak samo szczerze, lecz z większym zapalem niż w prawdę istotną, jak dziecko wierzy w istnienie swej lalki, w jej życie i życie tego, co ją otacza. Z chwilą pojawienia się magicznego »gdyby« aktor przechodzi z płaszczyzny rzeczywistego, realnego życia na płaszczyznę życia istniejącego w jego wyobraźni. Uwierzywszy w nie, zaczyna tworzyć” (Stanisławski K., 1954, 344).

Twórcze samopoczucie pojawia się wtedy, kiedy aktor od czuwa „całą duszą i ciałem” dramat dziejący się na scenie i poprzez swoją wyobraźnię w nim się zanurza. Aktor zaczyna wówczas w swojej kreacji być swobodny, naturalny. Jest to stan pewnego radosnego uniesienia, który poprzez samo swoje zaistnienie posiada wartość leczniczą.

Wydaje się, iż pojawienie się takiego „twórczego samopoczucia” u aktora–pacjenta jest korzystne dla niego, tak jak dla każdego innego twórcy. Wyzwala energię, odrzuca nawyki i stereotypy zachowań, pozwala na zaistnienie magicznego momentu prawdziwej twórczości.

Obecność terapeuty i rola reżysera

W grupie teatralnej terapeuta pracuje w specyficzny sposób. W pierwszym etapie, kiedy wszyscy poznają dramat i nad nim dyskutują, terapeuta spełnia rolę „przewodnika”. Prowadzi on grupę przez psychologiczne wątki sztuki, oma-

wiając fabułę i postacie dramatu. Ponadto w grupie lub w indywidualnych rozmowach jest partnerem dla aktora do omawiania charakterów dramatu i tego, jakie uczucia i myśli dana postać w aktorze budzi. W następnym etapie, kiedy role są już wybrane, każdy pracuje nad swoją postacią i nad jej relacjami i interakcjami z innymi postaciami, często terapeuta omawia tę postać z aktorem tylko indywidualnie, w innym czasie niż spotkania grupowe. Efekty takiej pracy psychologicznej „przynoszone” są z powrotem na scenę w postaci ekspresji danej postaci. Czasami zdarza się, iż aktor wraz z terapeutą mówią innym, co było tematem ich rozmów.

Reżyser jest profesjonalnym teatralnym mistrzem w kreowaniu roli, sceny i całości spektaklu, a terapeuta jest psychologicznym przewodnikiem wewnętrznej warstwy dramatu. Jeżeli psychologiczna praca nad rolą i sztuką jest głębsza, to wejście w rolę jest łatwiejsze dla pacjenta i bardziej spójne z nim samym.

Inaczej jest wówczas, kiedy aktor nie tyle nie chce, co nie ma możliwości, umiejętności zagłębiania się w swoje życie wewnętrzne. W takiej sytuacji terapeuta bardziej towarzyszy pacjentowi w przyswajaniu sobie roli, omawia ją z nim, niż odwołuje się do jego uczuć, wspomnień, analizy własnej. Terapeuta poprzez samą swoją obecność może być źródłem oparcia dla pacjenta. Czasami zaś aktor pracuje tylko z reżyserem poprzez ruch, ćwiczenie i omawianie roli od strony jej ekspresji.

Praca reżysera w grupie może także wyglądać inaczej. Zależy to przede wszystkim od osobowości, umiejętności i wiedzy samego reżysera. To on, reżyser, może być tą główną postacią, liderem, który jest zarówno profesjonalistą prowadzącym grupę przez teatralne zadanie, jak też głównym terapeutą, który omawia role. Czujny na nastroje grupy, jak i możliwości poszczególnych osób, stawia mniejsze lub większe wymagania. Jest to o wiele trudniejsza rola i wymaga dużej współpracy ze strony innych terapeutów w grupie. Oni to będąc bardziej w tle, muszą czuwać nad rozwojem grupy, dawać informacje zwrotne reżyserowi i przyjąć z jednej strony pozycję współuczestnika grupy, a z drugiej rolę koterapeuty w stosunku do reżysera. Nieodłącznym elementem w pracy zespołu, który prowadzi taką grupę teatralną, jest omawianie każdego spotkania i indywidualnego rozwoju każdego z uczestników grupy.

Piśmiennictwo

1. Bielańska A., Łopalewska D., 1998, *Psychodrama w grupie ambulatoryjnej dla chorych z diagnozą schizofrenii*, Psychoterapia 1 (104), str. 23–32.
2. Blatner A., 1988, *Acting-In. Practical Applications of Psychodramatic Methods*, Springer Publishing Company, New York.
3. Kępiński A., 1972, *Schizofrenia*, PZWL, Warszawa, str. 155.
4. Stanisławski K., 1954, *Moje życie w sztuce*, PIW, Warszawa, str. 344.
5. Tischner J., 1988, *Filozofia dramatu*, Wydawnictwo Znak, Kraków, str. 70–80.

3. Historie prawdziwe

Eros i Tanatos

Erotyzm, agresja i destrukcja, lęk przed śmiercią, mogą intensyfikować się podczas psychozy. Zarówno przed wybuchem choroby, jak i po ustąpieniu ostrych objawów uczucia te są zazwyczaj częściowo lub zupełnie stłumione.

Często to, co jest związane z energią seksualną, jest wyciszone ze względu na represyjność środowiska, lęk przed odrzuceniem przez domniemanego partnera lub dominujące poczucie winy. Innym elementem, który jest obecny i wpływa na przeżywanie własnej seksualności przez chorego, jest chwiejne poczucie własnej tożsamości; możliwość realizowania własnych pragnień erotycznych jest obarczona lękiem. Niemniej jednak pragnienie bliskości jest obecne świadomie lub podświadomie w życiu psychicznym każdego pacjenta i jako temat powraca wielokrotnie w indywidualnych rozmowach. Niezmiernie trudno, a wręcz niemożliwe jest, aby z tym intymnym problemem zmierzyć się podczas spotkań w grupie terapeutycznej. Wyjątek stanowi tutaj grupa teatralna, w której poprzez sztukę temat ten jest wywoływany i omawiany, a co więcej, jest on obecny w grze aktorów.

Nieco inaczej jest, jeśli chodzi o temat śmierci, agresji lub autoagresji. Wydaje się, iż jest on łatwiejszy zarówno jako temat rozmowy, jak i temat aktorskich etiud czy następnie kreowanych scen. Agresja czy autoagresja u osób w kryzysie psychicznym pojawia się w przeżyciach urojeniowych, agresywnym zachowaniu w stosunku do innych, jak też w próbach samobójczych. I choć chory mógł przez całe dotychczasowe życie być dobrze wychowanym, „grzecznym” młodzieńcem, to w psychozie może na przykład stłuc nagle wszystkie naczynia w domu, obawiając się w nich trucizny. W okresie popsychotycznym można z nim o tym rozmawiać, istnieją jakieś fakty, do których można się odwoływać. Jeżeli zaś chodzi

o doświadczenia związane z życiem seksualnym osoby chorej, to są one niewielkie lub po prostu nie istnieją.

Uczucia erotyczne, jak i agresywne współwystępują z poczuciem winy, toteż aktorskie działania poruszające te tematy wydają się szczególnie cenne. Gra przez swoją umowność nie budzi poczucia winy. Można swobodnie rozmawiać i wyrażać te trudne uczucia; zachowywać się agresywnie lub wyrażać erotyzm na tyle, na ile jest to potrzebne w roli.

Lizystrata Arystofanesa i *Alkestis* Eurypidesa odnoszą się do tych najważniejszych tematów – miłości i śmierci. Wydaje się, iż są to kluczowe wątki nie tylko w terapii schizofrenii, lecz także w życiu każdego człowieka.

Alkestis

Alkestis jest jedną z najwcześniejszych sztuk Eurypidesa. Dokonując wielkiego uproszczenia, można powiedzieć, iż jest to historia o żonie, która poświęca swoje życie, aby uratować męża. Swoiste zapasy ze Śmiercią, przekorność Losu, wypełniają dużą część tej opowieści. Oryginalny dramat różni się od scenariusza realizowanego przez grupę teatralną. Jak wcześniej wspomniano, scenariusz dla grupy został przygotowany z myślą o tym, co z oryginalnego dramatu może stać się materiałem nie tylko teatralnym, ale też wykorzystanym w terapii. Jedyną niepodważalną zasadą przy tworzeniu scenariusza jest konieczność znalezienia takiego zakończenia, które będzie pozytywne.

Alkestis jest symbolem umierania i odradzania się. Admet wezwany przez bogów do Hadesu może nie stracić życia tylko w jeden sposób: jeżeli ktoś inny umrze za niego. Ponieważ ani rodzice, ani przyjaciele nie zamierzają umierać za niego, Alkestis, „najlepsza żona”, postanawia oddać swoje życie za Admeta, za to, aby on mógł się odrodzić.

„Jak lepiej cześć swą okaże dla męża
Niż dobrowolnie biorąc śmierć za niego”.
(Eurypides, 1967, str. 70)

Admet godzi się na to, jednakże już podczas powolnego odchodzenia Alkestis, zaczyna cierpieć i żałować swej decyzji:

„Po twoim zgonie mnie nie będzie
Bo w tobie życie i śmierć moja”.
(Eurypides, 1967, str. 77)

Poprzez cierpienie, chorobę, śmierć jednych wartości (spokojne, dostatnie życie) dochodzi do zmiany, rozwoju; ból otwiera Admeta na inne wartości niż posiadanie i wygoda. Admet dostrzega w końcu, jak wielkiego poświęcenia dokonała Alkestis. Ważną postacią, która odgrywa rolę w zmianie Admeta, jest Feres, jego ojciec, który wypomina mu jego egoizm:

„I ty bezwstydnie walczysz, by nie umrzeć.
Żyjesz, podszedłszy los tobie sądzony,
Tę tu zabiwszy. Ty mnie o tchórzostwie
Mówisz, przez żonę zwyciężony tchórzku,
Która za ciebie młodziku, umarła”.
(Eurypides, 1967, str. 98)

Ojciec Admeta jest jego sumieniem, przywraca mu utracone proporcje między wartością miłości a dążnością do lekkiego, wygodnego życia. Admet zaczyna rozpaczać po odejściu Alkestis i równocześnie uświadamia sobie, iż spokojne życie, które wiódł przedtem, nie będzie jego udziałem. Admet już nie chce i nie może wieść takiego życia, gdyż musiałoby ono toczyć się bez Alkestis. Alkestis, która symbolizuje tu wartości duchowe, staje się najdroższą, którą musi za wszelką cenę odzyskać, nawet za cenę swojego życia. Zaczyna dotkliwie odczuwać jej nieobecność:

„Okropne zobaczyć ten dom owdowiały!”
„Gdzie mi iść? Gdzie mi być? Co mówić? Co zamilczeć?
Czemuż nie umrę?”
„Droży, ja myślę, że los mojej żony
Jest – wbrew pozorom – od mego szczęśliwszy.”
„Po cóż mi żyć, przyjaciele,
Oślawionemu i nieszczęśliwemu?”
(Eurypides, 1967, str. 110).

Cierpienie odsłania przed nim prawdziwą wartość miłości. Na szczęście, żałujący swej bezduszości Admet może, z pomocą Apolla, odkupić swą winę i zstąpiwszy do królestwa Śmierci, pokonać Tanatosa i przywrócić Alkestis życie.

„Żono kochana, twoja twarz, twa postać!
Mam ciebie nagle, myśląc, żeś utracił!”
(Eurypides, 1967, str. 120)

Historia śmierci, poświęcenia i miłości kończy się dobrze, Admet staje się dojrzały, Alkestis odzyskuje życie.

W tańcu z Tanatosem

Historia Kingi

Kinga pierwszy raz zetknęła się ze śmiercią, gdy jej ojciec się zabił. Miała wtedy tylko siedem lat. Nie rozumiała tego wtedy i przez długi czas potem. Co się właściwie stało? Dlaczego on odszedł i zostawił ją samą z matką? Jeszcze przez następne czternaście lat nie rozumiała tego i dominującym uczuciem była złość na ojca, że ją opuścił. Starła się o nim nie myśleć.

Mieszkała z matką, lecz ze względu na pracę matki, jej wychowaniem głównie zajmowali się dziadkowie. Kinga szczególnie związana była z dziadkiem, który był dla niej bardzo dobry, zaś babcia surowa i wymagająca. Była zdolną dziewczynką.

Kiedy miała szesnaście lat, pierwszy raz próbowała odebrać sobie życie; było to związane z jej nieodwzajemnioną miłością do kolegi ze starszej klasy. Była wtedy coraz smutniejsza, wydawało jej się, iż na świecie jest samo zło. Podcięła sobie żyły, ale śmierć jej nie chciała. Wówczas pierwszy raz była w szpitalu psychiatrycznym. Po leczeniu wróciła do szkoły. W tym okresie szczególnie interesowała się literaturą i poezją. Zaczęła sama pisać wiersze, opowiadania, pamiętniki.

Po ukończeniu szkoły zdawała na studia pedagogiczne, ale nie dostała się. Wówczas powtórnie wróciły do niej złe myśli i drugi raz znalazła się w szpitalu. Wydawało jej się, że ktoś jej źle życzy, chce zrobić krzywdę, prześladuje, może nawet chce ją zabić. Tutaj zetknęła się z podmuchem śmierci w swoich urojeniach. Czuła się zagrożona. Szybko jednak zdrowiała i na oddziale zaprzyjaźniła się z jednym z kolegów.

Niestety, ta sympatia skończyła się także tragicznie; chłopiec ten popełnił samobójstwo, a Kinga następnie przez długi okres walczyła o swoje zdrowie. W tym czasie umarł jej ukochany dziadek, co wstrząsnęło nią i głęboko zasmuciło.

Po oddziale całodobowym leczona była na oddziale dziennym, gdzie weszła w regularną indywidualną psychoterapię i różne formy grupowej terapii. Po pobycie na oddziale, w zasadzie w pełnej remisie rozpoczęła Studium Nauczycielskie, ale nie była zadowolona, nie radziła sobie z nauką i zrezy-

gnowała. W tym okresie zaczęła brać udział w grupie teatralnej, gdzie początkowo zagrała w *Lizystracie* drugoplanową rolę, by w roku następnym zagrać główną postać w dramacie Eurypidesa *Alkestis*. Ponadto zaczęła uczestniczyć w ambulatoryjnej grupie psychodramy, tak więc po wypisie z oddziału dziennego pozostawała w intensywnym ambulatoryjnym oddziaływaniu grupowym, a także w regularnej (raz w tygodniu) psychoterapii indywidualnej.

Mieszkała z matką i ich stosunki były dobre, natomiast zmieniła się sytuacja. Od jakiegoś czasu u boku matki pojawił się mężczyzna. Był to pierwszy związek matki po śmierci ojca. Kinga akceptowała go, choć wydawał jej się zbyt mało intelektualnie interesujący; pracował jako nauczyciel. Bardzo często pojawiał się w ich domu, prawie codziennie i przebywał tam długo, po kilka godzin, czasem zostawał na noc.

Sytuacja się ustabilizowała.

Proces leczenia

Kinga była osobą o chwiejnym poczuciu własnej tożsamości, nisko oceniającą swoją wartość. Labilna emocjonalnie często popadała w skrajne nastroje – od głębokiego smutku do euforii. Bardzo często i łatwo „zakochiwała się” w kolejnych kolegach, co, wydaje się, było związane właśnie z tym chwiejnym poczuciem własnego „ja”, które umacniało się poprzez bardziej wyobrazeniowe niż realne związki z mężczyznami. Nie mając oparcia w sobie, szukała go „na zewnątrz”, w innych. Może też szukała w związkach z chłopcami czułości ojca? Dużo fantazjowała, jej kontakty z innymi, zwłaszcza z mężczyznami, były oparte na tych fantazjach i życzeniach. Jej osobowość, w wieku 21 lat, kiedy trafiła do terapii na naszym oddziale, można określić jako niedojrzałą, bez możliwości samodzielnego funkcjonowania.

Swoje życie uczuciowe i wyobrazeniowe często przelewała na papier. Powstawały wtedy głównie jej wiersze. Były dla niej rodzajem autoterapii; mogła werbalizować swoje przeżycia i myśli.

Pacjentka łatwo nawiązywała kontakt emocjonalny zarówno w rozmowie indywidualnej, jak i w grupie. W trakcie, w tej chwili już kilkuletniej psychoterapii indywidualnej, uzyskiwała bardziej stabilne granice dla własnego „ja”, co przejawia się między innymi brakiem nawrotów choroby. Poprzez lata terapii nie tylko indywidualnej, ale i grupowej wzmacniało się stopniowo jej poczucie własnej wartości, którego nie musiała ciągle potwierdzać przez kolejne sympatie.

Jej lęk zmniejszył się na tyle, iż powoli Kinga stała się osobą coraz bardziej zakorzenioną w rzeczywistości, stopniowo coraz mniej uciekającą w świat wyobraźniowy. Jej akceptacja rzeczywistości przejawiała się w tym, iż zaczęła bardziej realistycznie oceniać swoje możliwości, relacje między nią a innymi, łatwiej akceptując porażki (np. kolejne niedostanie się na studia filologiczne).

Kinga oprócz terapii indywidualnej pozostawała przez dwa lata w dwóch grupach ambulatoryjnych. Jedną z nich była grupa psychodramy. W trakcie jednego ze spotkań tej grupy pacjentka zdecydowała się na wniesienie na scenę swojego problemu związanego z postacią ojca. Tematem początkowym, który pojawił się w tej sesji, była jej relacja z aktualnym chłopcem. Kiedy doszło do stworzenia pierwszej sceny, w której pojawił się jej chłopiec i ona, okazało się, iż ukrytą ważną postacią jest jej ojciec. W związku z tym doszło w kolejnej scenie do rozmowy pacjentki z ojcem. Podczas rozmowy Kinga była pełna uczuć; nie tylko żalu i złości na niego, że tak ją samą zostawił, ale też ogromnej za nim tęsknoty, miłości, potrzeby oparcia się na nim. To spotkanie zapoczątkowało rozmyślenia Kingi o ojcu w inny sposób. Zaczęła dopuszczać do siebie różne uczucia w stosunku do niego; nie tylko złość, która była obecna przez ostatnie lata. Pojawiła się tęsknota, czułość, potrzeba opowiedzenia mu o swoich sprawach, a także potrzeba wybaczenia mu za odejście od niej i matki. Zaczęła częściej i więcej go wspominać i analizować swój stosunek do niego.

Z matką była zawsze bardzo związana, ale wydaje się, iż matka nie będąc osobą zbyt silną, nie była w stanie zapewnić Kindze wystarczającego oparcia. Sama będąc też chwiejną emocjonalnie, szukała oparcia u córki. Pacjentka przez wiele lat stanowiła dla niej jedyne źródło wzmocnienia, motywacji do życia. Tak więc, związek między nimi był silny, oparty na wzajemnym dawaniu sobie oparcia.

Grupa teatralna

W grupie teatralnej początkowo zagrała rolę Mirryny w dramacie Arystofanesa *Lizystrata*. Bardzo dobrze dawała sobie radę z graną postacią, która była trudną rolą poprzez wyraźne eksponowanie kobiecości. Kobiecość w tej roli przejawiała się w nieco przejawionej umiejętności kokietowania, pokazywania swojej urody i wdzięków, świadomej erotycznej gry z mężczyznami. Ponadto przejawiała się także

w rywalizacji z innymi kobietami, chęcią zrealizowania swoich „kobiecych” celów, np. ucieczka z barykady Lizystraty.

Wydaje się, iż ta rola dała pacjentce okazję do przyglądnięcia się sobie i swoim zachowaniom w relacji z mężczyznami. Wzmocniła też jej poczucie wartości jako kobiety, dała możliwość rozwinięcia repertuaru zachowań związanych nie tylko ze stosunkiem do mężczyzn, ale też do kobiet. O ile wszyscy najważniejsi mężczyźni w jej życiu opuścili ją (ojciec, dziadek) i łatwo było ich i innych mężczyzn idealizować, to z kobietami wiązały ją bardziej skomplikowane i nie tak jednoznaczne emocjonalnie relacje (matka, babcia).

Rola Alkestis

W następnym roku Kinga przygotowywała się do roli Alkestis, głównej roli w dramacie Eurypidesa. Mimo trudnej tematyki sztuki, nie obawiała się roli i potrafiła nadać tej postaci własny charakter.

W trakcie drugiego sezonu, kiedy wróciliśmy po przerwie do tego dramatu, Kinga zaczęła bardzo głęboko przeżywać kolejne sceny, szczególnie te związane z umieraniem (w naszej wersji stanowią one większość czasu całego spektaklu).

Było to nowe zjawisko w jej przeżywaniu. Prawdopodobnie wiązało się z bardziej skomplikowaną sytuacją życiową pacjentki. Nieco wcześniej jej chłopiec zachorował i przebywał w szpitalu. Sam ten fakt mógł obudzić lęk Kingi przed kolejną utratą. Ponadto pacjentka podjęła naukę w Szkole Biznesu, która sprawiała jej wiele trudności. To zachwiało jej stabilnym samopoczuciem. Sytuacja ta w powiązaniu z trudną rolą w sztuce spowodowała gorsze samopoczucie pacjentki. Objawiało się ono głównie większym napięciem i intensywnym myśleniem o ojcu, a także o własnej śmierci. W związku z tym wycofała się z przedstawień, aby uporządkować uczucia i myśli. W rozmowach indywidualnych zaczął dominować temat ojca, jego śmierci, a także relacji z innymi mężczyznami. Zaczęła rozeznawać się w swoich bardzo trudnych i głębokich uczuciach.

Powoli zaczęła wracać na spotkania grupy teatralnej i brać udział w próbach. Temat śmierci był stopniowo przez nią reflektowany. Alkestis umierała na wielu próbach. Śmierć ojca potrafiła teraz przyjąć jako taki fakt, który teraz, w jej obecnej sytuacji, powinien być spożytkowany przez nią do tego, aby stała się silniejsza i dojrzała. Mogła zostawić siebie jako małą, skrzywdzoną dziewczynkę, którą opuścił ojciec, ojciec który nie kochał jej i jej matki. Spróbowała zoba-

czyć jego i jego samobójstwo z perspektywy jego życia i zaakceptować to, co się stało.

Żal do niego zaczął ustępować zrozumieniu ojca i tęsknocie za jego obecnością. Zrozumiała ponadto, iż jej ciągle „zakochiwanie się” w kolejnych chłopcach było nieustanną pogonią za tym uczuciem ojca, które nie było jej dane. Szukała w nich jego ciepła i zainteresowania. Tańcząc na scenie z Tanatosem, tańczyła ze swoim ojcem.

Obecnie Kinga jest bardziej świadoma tego, iż mężczyzna, z którym się wiąże, musi być dla niej ważny nie dlatego, że jest odbiciem uczuć, które chciałaby dostać od swojego ojca.

W roli Mirriny Kinga spotkała się z sobą jako kobietą, a także ze swoją matką, co pozwoliło jej stać się bardziej świadomą swojej kobiecości. W roli Alkestis spotkała się ze swoim ojcem. Jest to spotkanie po piętnastu latach i ono trwa nadal.

Z drugiej strony lustro

Alkestis

„Zagranie tej postaci to niesamowity wydatek energetyczny (tak fizyczny, jak psychiczny). Nie potrafiłam zdystansować się do tej postaci.

Najbardziej lubię tę scenę, w której Admet zdejmuje z twarzy swej żony maskę, nałożoną jej przez Tanatosa. Jest to, wedle mojej interpretacji, przywrócenie jej tożsamości, jako że w Hadesie wszystkie dusze są anonimowe. Maską to przesłona oddzielająca dwa światy.

Leżę na stole – obsypana kwiatami,

Zawinięta w całun

Dostrzegam zapalające się światła

Potem zalega ciemność

Słyszę modlitwę szamanów. Czuję się dziwnie i nieswojo. Jest to niezwykle przeżycie. Rolę Alkestis odtwarzałam kilka razy. Postać piękna, lecz tragiczna.

Konfrontacja ze śmiercią jest tak bolesna, że sama perspektywa tego spotkania budzi we mnie pytanie: czy znajdę dystans?

PROŚBA ALKESTIS

Wyprowadź mnie
Z niejasnej krainy,
Gdzie nie ma życia

Niech żaden cerber cię nie powstrzyma
Masz prawo,
Choć miłość i śmierć nie dzielą łoża ni stołu.

napisła Kinga

Admet

„Pierwszą rolą, jaką grałem, był Wojownik w dramacie *Li-zystrata* Arystofanesa. W tym okresie była to dobra rola dla mnie, bo jeszcze czułem się słaby psychicznie i fizycznie. Łatwo i szybko się męczyłem. Ale lubiłem tę rolę, bo była wesółą. Potem poczułem się lepiej, także zmieniono moje leki na bardziej dla mnie korzystne; poczułem się fizycznie silniejszy, byłem i jestem bardziej do życia. W roli Admeta mogłem być bardziej ekspresyjny.

Na początku było mi trudno, bo nie rozumiałem do końca całej sztuki, nie widziałem sensu całości. Ale stopniowo, przy pomocy reżysera poznałem całość i rozumiałem.

Ważną rzeczą było pokazanie emocji, takich jak żal, strach, radość. Chciałem wyrazić je jak najlepiej, podążałem za podpowiedziami reżysera, czasem podglądałem kolegów.

Jak myślę o Admecie, to mu się nie dziwię; nie dziwię się, że chciał, aby rodzice umarli za niego. Ja także jestem bardzo blisko z rodzicami i myślę, że jest to naturalne, że rodzice chcą wszystko zrobić dla swojego nawet dorosłego syna, a on tego od nich oczekuje. Mnie rodzice też wszystko dają, uważam to za normalne. Podobało mi się to, że Admet był taki związany z rodzicami. Podobało mi się także w Admecie to, że był taki ludzki, tak bardzo bał się śmierci, rozumiem to. Kiedy Tanatos nadchodzi, Admet przeżywa lęk, jest zaszkokowany. Ja przeżyłem kiedyś taką sytuację graniczną, wielki lęk. Jadąc w pociągu, czułem się ogromnie zagrożony, czułem, że inni mi zagrażają, chcą mnie zabić lub wykorzystywać w mafii. Byłem wtedy już chory, do tego stopnia, że wyskoczyłem z pociągu. Potem biegłem przez pole, ukrywając się, wydawało mi się, że jest jakieś polowanie na ludzi, na mnie. Mój lęk był nie do opanowania, a lęk Admeta był do opanowania.

Bardzo się cieszyłem jako Admet, że mam taką miłą i ładną żonę. Dopiero kiedy Alkestis umiera, Admet widzi, jak źle jest bez niej, jaka jest pustka i tak bardzo żałuje, że ona odeszła. Admet po tym, co go spotkało, stał się bardziej dojrzały i to jest tak, jak w naszym, moim życiu też – o jedno ciężkie doświadczenie więcej. On jako postać ewoluuje, dojrzewa.

Cała sztuka jest smutna, wiąże się ze śmiercią, ale nie czułem tego ciężaru. W cotygodniowych próbach grupa skupiona jest na pracy, na szukaniu właściwej ekspresji, czasem też jest wesoło, żartujemy podczas spotkań.

Grupa teatralna mobilizuje mnie do aktywności, bo inaczej więcej leżałbym w łóżku.

Gra daje dużo przyjemności. Grając, trzeba panować nad tym, co się robi. Chciałem umieć pokazać różne emocje, ale też panować nad nimi; i to właśnie daje największą satysfakcję!

Podczas przedstawienia i zaraz po nim ważna jest reakcja publiczności.

Myszę, że dramat Eurypidesa porusza odwieczny problem życia i śmierci, walki z przeciwnościami losu. Są to także moje problemy i każdego człowieka, spotykamy się z nimi na co dzień”.

napisał Karol

Lizystrata

Lizystrata Arystofanesa w polskich przekładach nosi także imię Bojomira. Głównym tematem tej komedii Arystofanesa jest odwieczna gra między kobietami a mężczyznami, a także wojna i polityka. Wojownicy prowadzą wojnę z sobą, a kobiety wojują z mężczyznami kobiecym „oreżem” Dominującym motywem jest agresja i seks.

Kobiety z Grecji i Sparty spotykają się, aby przedsięwziąć coś przeciwko ciągnącej się bardzo długo wojnie. Ich przywódczyni, Lizystrata, namawia je, aby przestały dzielić łóża ze swoimi mężami, co powinno wedle niej spowodować, iż wojownicy szybciej zawrą pokój i wrócą do domu:

„Kobiety, jeśli chcemy zmusić mężczyzn, by wreszcie pokój zawarli, musimy trzymać się z dala... Trzymać się trzeba z dala od kutasa”. (Arystofanes, 1981, str. 14).

Następnie poucza współniczki, jak wabić mężczyzn, a potem ich odsuwać, aby wielkie pragnienie w nich rozbudzić.

Kobiety składają uroczystą przysięgę, że nie będą się zbliżać do mężczyzn i barykadują się w osobnym miejscu. Po jakimś czasie nudzą się jednak, tęsknią do swoich mężów i usiłują wymknąć się do domów. Lizystrata rozpacza:

„Ach baby niewyżyte, ach samicze dusze!

Zachciewa nam się!” (scenariusz *Lizystraty*, adaptacja Rogoż K., 1998).

Lizystrata nie daje jednak za wygraną, wie, że kobiety muszą wytrwać w swoim planie, aby pokój został zawarty. Jeden z wojowników, Tryk, podchodzi do barykady, usiłując namówić Mirrynę, swoją małżonkę, aby wróciła do niego.

„Połóż się ze mną chociażby na chwilkę” – prosi swoją małżonkę.

„Nie, choć nie powiem, bym cię nie lubiła” (scenariusz *Lizystraty*, adaptacja Rogoż K., 1998) – odpowiada Mirryna.

Dialog między małżonkami nie daje efektu i Tryk musi odejść z niczym. Plan Lizystraty, z różnymi kłopotami, ostatecznie udaje się zrealizować. Mężczyźni zawierają pokój, by co prędzej znaleźć się w objęciach kobiet.

Tak więc, wszystko się dobrze kończy, a dramat ze swoim tematem, śmiesznymi scenami i dialogami jest okazją do mówienia o seksualności, jest okazją do wzajemnej kokieterii, wyeksponowania cech kobiecych i męskich. W komedii Arystofanesa, jak i w naszym przedstawieniu kobiecość i męskość, sam temat sztuki, są komicznie wyolbrzymione po to, aby łatwiej o nich mówić i je pokazywać.

Lizystrata: zwycięstwo kobiecości

Historia Wiktorii

Pierwszy epizod

Wiktoria, 28-letnia kobieta, sześć lat temu została przyjęta do szpitala z powodu dziwnego i agresywnego zachowania; krzyczała i biła matkę, spaliła tapczan w swoim pokoju, jej wypowiedzi były dziwne i niezrozumiałe. Miała wrażenie, iż w jej ciele zachodzą niepokojące zmiany; jej twarz inaczej wygląda, włosy się jej prostują. Dominowało niejasne poczucie zmiany.

Sytuacja w jej domu była bardzo trudna: od lat rodzice pozostawali w otwartym konflikcie o wszystko. Kiedy Wiktoria była małą dziewczynką, była faworyzowana przez ojca, zaś jej młodszy o osiem lat brat był ulubieńcem matki. Pacjentka

od małego nie miała dobrego kontaktu z matką, ani jej dobrego obrazu w swoich myślach i wyobrażeniach. Niemniej jednak chciała sprostać jej oczekiwaniom.

Nauka w szkole szła jej bez żadnych trudności. Po ukończeniu liceum ogólnokształcącego nie dostała się na studia i podjęła pracę w sekretariacie. Pracowała tam około dwóch lat. Pod koniec tego okresu zaczęła mieć przekonanie, iż kobiety tam pracujące nie lubią jej. Wydawało jej się, że mówią o niej i prawdopodobnie będzie zwolniona z pracy. Działo się z nią coś niedobrego, czuła lęk, niepokój, w obawie przed współpracowniczkami zaczęła wcześniej wychodzić z pracy. Obserwowała ponadto zmiany w swoim ciele, była rozkojarzona. W stosunkowo niedługim okresie po tych przeżyciach została hospitalizowana. Ponieważ była agresywna, została siłą zawieziona do szpitala.

Po leczeniu całodobowym i dziennym doszło do ustąpienia objawów, pacjentka pozostała w indywidualnej psychoterapii podtrzymującej oraz zaczęła uczestniczyć w ambulatoryjnej grupie teatralnej. Miała dużą motywację do zajęć w tej grupie; od lat zainteresowana teatrem i poezją, brała udział w szkolnym teatrze, marzyła o teatralnej szkole wyższej.

Leczenie ambulatoryjne

W okresie leczenia ambulatoryjnego nieregularnie zażywała leki i pozostawała w nieregularnym kontakcie indywidualnym. Rozmowy z Wiktorią były trudne; bez kontaktu emocjonalnego z terapeutą, nie potrafiła opowiadać o tym, co przeżywa, wiele tematów omijała. Można też powiedzieć, iż była bez kontaktu sama z sobą; nie potrafiła rozeznaczyć się we własnych uczuciach i myślach (Searls H.F., 1965). Wyrażnie artykułowała jedynie gniew w stosunku do rodziców, szczególnie do matki. Nie umiała określić, jak się czuje, o czym myśli, co chciałaby robić w ciągu dnia, nie mówiąc o planach na następny tydzień. Podczas spotkania terapeutycznego szybko zmieniała tematy, robiła wrażenie osoby o dość dużym poziomie chaosu wewnętrznego. Odnosiło się to także do jej codzienności – prowadziła chaotyczny styl życia. Pojawiała się w różnych miejscach o różnych porach, odwiedzała koleżanki bez uprzedzenia, po czym nagle wychodziła. Twierdziła, że nie ma gdzie mieszkać i do późna pozostawała np. w klubie pacjentów. Popijała alkohol. W tym okresie miała wiele przypadkowych związków o charakterze seksualnym. W domu często wchodziła w ostre konflikty z matką.

Awantury w domu wybuchały między rodzicami, a także między bratem a Wiktoria.

Rodzina była pełna wzajemnej agresji, „zatomizowana”: w tym czasie wszyscy klócili się ze wszystkimi. Nigdy rodzine nie udało się przyjść razem chociażby na konsultację rodzinną, nie mówiąc o terapii. W okresie czterech lat od zakończenia pierwszego pobytu na oddziale dziennym pacjentka była czterokrotnie rehospitalizowana, a w jej terapii nie doszło do większych zmian. Kontakt indywidualny miał charakter podtrzymujący, spotkania ograniczały się do skąpych informacji, doraźnych porad, nieustających prób wejścia w kontakt uczuciowy. W ciągu ostatnich dwóch lat była także włączona w program rehabilitacyjny w pracowni krawieckiej Warsztatów Terapii Zajęciowej.

Grupa teatralna

Jak wcześniej wspomniano, Wiktoria brała regularny udział w grupie teatralnej. Początkowo grała role drugoplanowe. Podczas realizacji *Alkestis* Eurypidesa grała jedną z kobiet, która raz bawiła się i tańczyła, a raz opłakiwała śmierć Alkestis. Dramat ten jest bardzo trudny ze względu na przewijającą się tematykę śmierci. Wiktoria chciała wycofać się z grupy teatralnej, twierdząc, że sztuka ta jest „za ciężka” dla niej, smutna. W tym czasie zachorował i zmarł kuzyn pacjentki; cała rodzina bardzo to przeżywała i codzienne rozmowy w domu powracały do strasznego losu kuzyna. Sytuacja ta spowodowała, iż Wiktoria czuła się gorzej; wróciło napięcie, bezsenność, większe zdezorganizowanie. W tym okresie po raz pierwszy ujawniła swoje głębsze przeżycia związane z tematyką śmierci. Opowiedziała o tym, jak ostatnio boi się kąpiele w wannie, gdyż to jej przypomina sytuację z dzieciństwa: mając około ośmiu lat kąpała się z ciotką w rzece i zachęcała ją, aby się kąpały na głębokiej wodzie. Ciocia zgodziła się na to i gdy zaczęły pływać, ciotka nagle zaczęła się topić, przerażona Wiktoria także zachłystywała się wodą. Uratował je jakiś mężczyzna. Wiktoria łączyła tę opowieść z własnym lękiem przed śmiercią i poczuciem winy. Po raz pierwszy w terapii ujawniła i nazwała swoje uczucia. Był to jednak w przebiegu procesu psychoterapeutycznego tylko epizod w tym sensie, że w następnych spotkaniach pacjentka nie wracała do tego tematu, jak też nie ujawniała innej problematyki. Niemniej jednak w tym okresie uzgodniłyśmy wycofanie się Wiktorii z grupy teatralnej, gdyż temat dramatu uruchamiał zbyt silny lęk i napięcie w pacjentce.

Oczywiście, Wiktoria poza grupą teatralną korzystała z programu rehabilitacyjnego i pozostawała w indywidualnym kontakcie. W następnym roku na prośbę Wiktorii i innych członków grupy, aby następne przedstawienie było wesołe, wybraliśmy komedię Arystofanesa *Lizystrata*. Wiktoria grała w tej sztuce główną rolę. Przez następne dwa lata trwały próby *Lizystraty* przeplatane przedstawieniami granymi dla różnej publiczności. W tym czasie też w ramach Warsztatów Terapii Zajęciowej pacjentka uczęszczała, jak wspomniałam, do pracowni krawieckiej, gdzie uczyła się szyc w swoim niespokojnym, nieregularnym, tempie. Wydaje się, iż przez te dwa lata toczył się równoległy proces psychoterapeutyczny (teatr) i rehabilitacyjny (szycie). Zajęcia w pracowni krawieckiej odbywały się codziennie; Wiktoria związała się ze swoją instruktorką, terapeutką zajęciową, która jej trochę „matkowała”. To codzienne „dobre matkowanie” nie mogłoby być prawdopodobnie zaakceptowane przez pacjentkę bez równoczesnego procesu w grupie teatralnej. Zaś doświadczenia z grania głównej roli w *Lizystracie* prawdopodobnie nie mogłyby być przyjęte bez tego codziennego oparcia w realnej kobiecie.

Równocześnie Wiktoria mogła co tydzień omawiać swoje sprawy i przeżycia związane z graniem roli w psychoterapii indywidualnej, ale przez długi okres nie potrafiła tego wykorzystać.

Rola Lizystraty

Lizystrata, główna postać komedii Arystofanesa, jest bardzo silną kobietą, liderem kobiecego buntu przeciwko mężczyznom, którzy prowadzą wojnę. Jest atrakcyjną kobietą, przewyższającą swoim intelektem, dojrzałością i sprytem inne. Jest także idealistką, która walczy o słuszną sprawę, o pokój.

Praca nad *Lizystratą* z jednej strony dawała okazję do świetnej zabawy, zaś z drugiej, dotyczyła sfery popęduwości: agresji i seksualności. Komedia Arystofanesa poprzez lekkie, zabawne sceny skupiała się na najbardziej trudnych tematach i uczuciach. Wiktoria w psychozie była bardzo agresywna; jej agresja do matki była wyrazem długotrwałego konfliktu. Rozumiałam też jej agresję do matki w połączeniu z urojeniami dotyczącymi jej ciała jako agresję do samej siebie, do własnej kobiecości. Późniejszy okres jej krótkich związków z mężczyznami potwierdzał tę hipotezę. Często była jednora-

zową nocną przygodą dla bardzo różnych mężczyzn, którzy ją potem lekceważyli.

Po raz pierwszy miałam uczucie głębokiego kontaktu z pacjentką, kiedy odsłoniła swój lęk przed śmiercią. Potem znów na okres około pięciu miesięcy zamilkła. Więcej zaczęła mówić o swoich przeżyciach dopiero po kilkumiesięcznej pracy nad postacią Lizystraty. W tym okresie omawiano i próbowano sceny „walki” między kobietami i mężczyznami, złość i rozczarowanie Lizystraty w związku z zachowaniami innych kobiet.

Pacjentka mogła bezpiecznie mówić o gniewie, złości, a nawet chwilach nienawiści. I wreszcie mogła w tej roli buntować się, a nawet być przywódczynią tego buntu. Sztuka przecież między innymi te tematy poruszała. Wiktoria w roli Lizystraty pełniąc rolę lidera tego buntu, musiała też trochę nieposłusznym kobietom „matkować”, przewodniczyć im – musiała być silna, dojrzała. Wiktorii bardzo te aspekty roli się spodobały. Jak ujawniała w rozmowach, musiała w sobie tę siłę odnaleźć. To, co jej pomagało, to atmosfera zabawy podczas prób, lekkość samej sztuki. Sceny tworzyły szereg komicznych sytuacji, które wyzwały śmiech w całej grupie. W spotkaniach indywidualnych zaczęła dopiero wówczas omawiać swoje problemy w rodzinie, głównie nieustający konflikt z matką. Czuła się przez nią ciągle krytykowana, odrzucana. Po raz pierwszy zaczęła też zastanawiać się nad życiem swojej matki, jej dzieciństwem, a potem relacją z ojcem. W tym okresie zaczęła być bardzo smutna; zaczęła lepiej rozumieć swoją matkę, równocześnie ciągle oczekując od niej aprobaty.

W następnym okresie pracy grupy teatralnej skupiano się na próbach scen, w których kobiety uwodzą, flirtują z mężczyznami, aby ich „rozpalić”, a potem uciekają od tych mężczyzn. To stara jak świat gra w przybliżanie – oddalanie, prowadzona po to, aby osiągnąć pokój między Spartą i Grecją.

„Jeśli w domu pachnące i wymalowane, w drzwiach staniemy, w przezroczystych koszulkach, mężowie się rozpala i zechcą nas ścisnąć, a my ich nie puścimy do siebie – to wówczas, co rychlej pokój zawrą, możecie mi wierzyć”(Arystofanes, 1977, str. 380)

uczyciela Lizystrata swoje koleżanki.

Gra między kobietami i mężczyznami była okazją do omawiania przez Wiktorię w terapii jej relacji z mężczyznami. Zaczęła po raz pierwszy formułować otwarcie swoje potrzeby bliskości, tęsknoty za związkiem z mężczyzną, który

mógłby jej dać oparcie. Także po raz pierwszy mówiła o swoich potrzebach seksualnych. Stopniowo też zaczęła zastanawiać się nad swoimi poprzednimi związkami. Uświadomiła sobie, iż w zasadzie z nikim naprawdę nie była związana. Jej kontakty z mężczyznami były krótkotrwałe i wzbudzały w niej ogromne i nieadekwatne oczekiwania; np. po tygodniu bliskiej znajomości z przygodnie poznanym partnerem snuła plany małżeńskie. W rozmowach powoli urealniała sobie swoje potrzeby, możliwości i oczekiwania.

W kontekście czterech lat terapii, które poprzedzały zagranie przez Wiktorię roli Lizystraty, uważam jej pracę nad rolą, udział w przedstawieniu, za okres szczególny w psychoterapii tej pacjentki. Od kiedy podjęła tę główną rolę, pacjentka zaczęła być w lepszym kontakcie uczuciowym z terapeutą i zaczęła głębiej reflektować najpierw graną postać, a następnie samą siebie.

Wydaje się, iż to wszystko razem pozwoliło pacjentce uwolnić jej własną energię i odnaleźć w sobie takie cechy Lizystraty, jak siła, pewność siebie, wiara w osiągnięcie swojego celu. Pacjentka omawiając z terapeutką graną postać, dopiero po premierze sformułowała takie zdanie: „Ja chyba też jestem taka silna ... jak Lizystrata”. Od momentu zidentyfikowania się z rolą pacjentka zaczęła akceptować własną kobiecość, lubić własny wygląd, własną atrakcyjność. Obudziła wiarę w siebie. Potrafiła kontaktować się ze swoimi uczuciami, nazywać je i ujawniać. Niewątpliwie był to **punkt zwrotny** w procesie terapeutycznym. Rozpoczęło to inną fazę terapii indywidualnej, w której pacjentka zaczęła przybliżać się do swoich wewnętrznych konfliktów.

Wydaje się, iż kluczowe znaczenie odegrały trzy postacie kobiece, które pozwoliły pacjentce dostrzec i zidentyfikować się z pozytywnym obrazem kobiety. Po pierwsze, Lizystrata, jako postać dramatu grana przez Wiktorię, była dla tego procesu najważniejsza, bo ją właśnie pacjentka grała, a więc jakby „miała” ją najbliżej siebie, najbliżej własnego ja. Drugą, ważną postacią była postać Marii, terapeutki, która towarzyszyła jej w codziennych zajęciach i rozmawiała o aktualnych sprawach, kłopotach, a także pomagała Wiktorii np. uszyć jej pierwszą spódniczkę, w której potem Wiktoria mogła się pokazywać itp. Trzecią postacią była psychoterapeutka, z którą Wiktoria mogła omawiać zarówno różne problemy czy wątpliwości związane z graniem roli, jak też relacje rodzinne, analizować swoje uczucia i zachowania jako kobiety. Te trzy kobiety na różnych poziomach pomagały pacjentce

ujawniać różne aspekty jej kobiecości. Wydaje się jednak, iż bez zagrania przez Wiktorię roli Lizystraty, ten proces by się nie zaczął. Potwierdza to też fakt, iż wszystkie interwencje terapeutyczne były używane wcześniej (4 lata), Wiktoria mniej lub bardziej współpracowała w terapii, a efektu nie było żadnego. Dopiero po uczestnictwie w grupie teatralnej (około 1,5 roku) doszło do zmiany.

Już w okresie poprzedzającym premierę Wiktoria była w dobrej formie psychicznej; bez zwiennych nawet objawów psychotycznych. Okresowo była wyraźnie smutniejsza, ale potrafiła o tym mówić i zastanawiać się nad swoją sytuacją. Przez rok od premiery jej stan zdrowia ustabilizował się, choć miewała gorsze dni, depresyjne nastroje lub koncentrowała się nadmiernie na swoim wyglądzie zewnętrznym. W lecie 1998 podjęła sezonową pracę chronioną u ogrodnika. Sytuacja ta niezwykle wzmocniła jej poczucie wartości. Wiktoria dowiodła sobie, iż może pracować. Potem zatrudniła się jako opiekunka osób starszych i przepracowała tam kolejne pół roku, zanim ze względu na dużą trudność tej pracy i bardzo niską płacę, zrezygnowała. Obecnie pracuje w miejscu pracy chronionej. Od trzech lat Wiktoria jest w stabilnej remisji.

Z drugiej strony lustra

Bojomira

„Rola Bojomiry była dla mnie trudniejsza niż inne role, które grałam na przykład w *Bachantkach* lub w *Alkestis*. Myślę, że to nie było tylko związane z tym, że Bojomira (Lizystrata) to główna postać sztuki. Bojomira wymagała więcej gry aktorskiej, było dużo tekstu do nauczenia się, wymagało to więcej koncentracji, dobrego zapamiętywania. W *Alkestis* akcent położony był na ruch, grało się więcej ciałem, ruchem.

Bojomira jako postać podobała mi się: była mądra, sprytna i wesoła. Jako główna organizatorka spisku przeciwko mężczyznom jest bardzo przedsiębiorcza. Myślę, że udało mi się te cechy w tej roli przekazać. Odtwarzało mi się tę rolę różnie, związane to było z moim samopoczuciem. Kiedy gorzej się czułam, to nie grało mi się dobrze. Gdy ja byłam smutna, Bojomira też traciła energię i była smutna. Udział w próbach i przedstawieniach wzbudzał we mnie przyjemne odczucia, dużo było zabawnych sytuacji, śmiechu. Dobrze mi się grało w pierwszej realizacji (były dwie w nieco innej obsa-

dzie), bo lubiłam grać z koleżanką, która grała Mirrynę. Kiedy ona się wycofała z grupy w związku z podjęciem przez nią pracy, to jakoś gorzej mi się grało z nowymi osobami.

Bojomira (Lizystrata) ma dużą siłę psychiczną i ja też mam taką własną siłę. Jestem w tym do niej podobna. Grając ją, na nowo odnajdywałam tę siłę w sobie. Mirryna i koleżanka, która ją grała, też jest silna. Natomiast nie jestem chyba tak dobrą organizatorką jak ona. Zresztą nie wiem, ponieważ nigdy nie próbowałam organizować jakiegoś większego przedsięwzięcia.

Ja długo brałam udział w grupie teatralnej, chyba ze czterech lat. Ostatnia moja rola to Bojomira. Początkowo bardzo angażowałam się w grupę, udział w niej bardzo mi pomagał. Było to związane z moimi zainteresowaniami teatrem, które miałam od dawna. Pod koniec tych lat, kiedy grałam Bojomirę, w pewnym momencie poczułam, iż to mi już wystarczy lub może nie jest mi teatr tak bardzo potrzebny.

Grając, wydobywałam swoją energię, energię do zdrowia, także po to, aby w życiu dobrze zagrać jakąś rolę. Może rolę pracownika, o której teraz myślę, lub kogoś innego.

Ta rola dała mi bardzo dużo, a także cała ta sztuka, poprzez to, jaka była. Mam na myśli to, że była wesoła, zabawna i budziła dobre uczucia”.

opowiadała Wiktoria

Tryk: w poszukiwaniu zaginionych uczuć

Historia Maćka

Maciek już podczas studiów prawniczych „oddalił się od ludzi”. Nie wie, dlaczego tak się stało. Jedno przypuszczenie teraz, z perspektywy czasu, wiąże z niedopuszczaniem do siebie różnych fantazji, myśli i pragnień, a więc z zaniedbaniem swojego życia uczuciowego. Wydaje mu się, iż w tym okresie odsunął się także od rodziny, nie odwiedzał ich tygodniami, „chodził własnymi ścieżkami”. Był na nich trochę zły, chciał się usamodzielnić. Pochodzi z jednego z miast w Polsce południowej. Jest najmłodszym dzieckiem w wielodzietnej rodzinie i jedynym synem. Przed okresem „oddalenia” lubił towarzystwo, miał kolegów, z którymi wybierał się na daleką wyprawę do Nepalu, miał krótkie związki z kobietami, również o charakterze seksualnym.

Po studiach poszedł na staż, a potem pracował w jednej z wyższych uczelni w Krakowie, gdzie przepracował dwa lata. Zie samopoczucie towarzyszyło mu na co dzień; głównie polegało na tym przykrym uczuciu „oddalenia” od innych ludzi, samotności, poczuciu, iż nie umie z ludźmi rozmawiać. Rodzice zauważyli zmianę w jego zachowaniu i doprowadzili do spotkania z psychiatrą. Maciek tylko przez jakiś czas korzystał z rozmów z terapeutą. W 1990 r. zmienił pracę z teoretycznej na praktyczną; pracował jako prawnik pewnej krakowskiej instytucji przez cztery lata. W sprawach zawodowych dawał sobie radę, choć wydaje mu się, iż jego „samotnictwo” na pewno było spostrzegane przez innych.

Ten dziwny stan, jaki przeżywał – oddalenie od innych, poczucie zmiany wewnętrznej – utrzymywał się. Maćkowi trudno to opisywać, nawet teraz, z perspektywy czasu, gdyż częściowo ten stan utrzymuje się do dnia dzisiejszego. Bardzo trudno było mu swobodnie rozmawiać, kontaktować się z innymi. Czuł w sobie jakąś dużą zmianę, trudną do określenia. To odczuwanie zmieniających się ciągle stanów psychicznych, możliwości intelektualnych, braku kontaktu uczuciowego z innymi, trwa do tej pory, choć nie w takim nasileniu, jak to miało miejsce osiem lat temu.

Po dwóch latach przepracowanych w ostatnim miejscu pracy zwolnił się z powodu narastających trudności w pracy, w relacjach z innymi, w relacji z samym sobą. Był wtedy bardzo depresyjny, przesiadywał w domu i w końcu postanowił zgodnie z sugestią rodziny i lekarza podjąć leczenie na oddziale całodobowym.

Następnie kontynuował terapię na oddziale dziennym. Terapia ta trwała bardzo długo; przychodził na oddział około ośmiu miesięcy. Nie doszło do jakiejś zasadniczej poprawy w jego stanie zdrowia. Zarówno farmakoterapia, psychoterapia indywidualna, jak i różne oddziaływania grupowe nie dawały oczekiwanego efektu.

Maciek rozważał ciągle możliwość powrotu do pracy w swoim zawodzie z jednej strony, a z drugiej strony obawiał się, jak będzie w tej pracy funkcjonować na płaszczyźnie zawodowej i interpersonalnej. Z niewielką poprawą Maciek został wypisany z oddziału dziennego i od pięciu lat pozostaje w intensywniej, regularnej opiece ambulatoryjnej.

Leczenie ambulatoryjne

Maciek od pięciu lat pozostaje w leczeniu ambulatoryjnym. W jego przypadku oznacza to bardzo intensywny pro-

gram, na który składa się: regularny kontakt indywidualny, od czterech lat uczestnictwo w grupie teatralnej, od dwóch lat uczestnictwo w grupie psychodramatycznej, udział w dwóch obozach terapeutycznych, jednym obozie rekreacyjnym w górach, dwóch obozach narciarskich. Ponadto dwa razy w tygodniu od około dwóch lat Maciek przepisuje i tłumaczy różne teksty w pracowni biurowej w centrum rehabilitacyjnym.

Maciek mieszka w Krakowie w swoim samodzielnym mieszkaniu, rodziców odwiedza regularnie, spędzając z nimi każdy weekend. Rodzice mieszkają już sami, gdyż dwie starsze siostry Maćka założyły własne rodziny i wyprowadziły się.

O ile na oddziale dziennym Maciek prawie się nie odzywał, czasem wypowiadał jakieś pojedyncze zdania, teraz rozmawia już z innymi. Jego nastrój jest zmienny, czasem nieco smutny, czasem zadowolony. To, co dominuje, zwłaszcza gdy jest sam, to **pustka i poczucie zmiany**. Nie jest ono już tak przytłaczające jak kiedyś. Niemniej jednak zdarza się, iż Maciek sięga po jakąś książkę prawniczą, chcąc sprawdzić, jak mu się teraz takie książki czyta i po chwili odkłada ją. Głównie dlatego, iż stwierdza, że te tematy go w ogóle nie interesują. Albo stwierdza, że nie tak szybko podąża za jakąś myślą w książce, jak to bywało dawniej. To go deprymuje, takie porównanie dowodzi jeszcze kolejny raz, jak się zmienił, robi się smutny. Maciek najlepiej się czuje wśród ludzi, kiedy ma coś do zrobienia. Jeżeli jest w domu, to siedzi sam, słuchając radia godzinami. Czuje się tak, jakby życie z niego wyciekło, nie ma energii. Jeszcze dwa, trzy lata temu liczył na to, że wróci do pracy w swoim zawodzie. Teraz myśli, iż powinien pójść na rentę. Do tej pory utrzymywali go rodzice, ale zarówno on, jak i oni nie godzili się na rentę. Wierzyli, że będzie zupełnie zdrowy. Teraz oceniają, że być może trzeba będzie oprócz renty poszukać jakiejś zupełnie innej, bardzo łatwej pracy, może pracy chronionej.

Maciek chętnie uczestniczy w różnych formach terapii, to wypełnia mu życie. Terapia zastępuje mu życie. Jest życiem Maćka. W poniedziałek Maciek wraca ze swojego miasteczka do Krakowa, po południu bierze udział w grupie teatralnej. We wtorek i w środę przychodzi do pracowni biurowej tłumaczyć angielskie teksty dla ośrodka. W czwartek przychodzi na grupę psychodramy. W piątek wyjeżdża do rodziców. W domu po przyjeździe opowiada o minionym tygodniu, trochę pomaga. Czasem idzie z rodzicami na spacer, poza tym

spędza czas w swoim pokoju. Raz na miesiąc przychodzi do swojego psychoterapeuty.

Rola Tryka

Maciek zaczął udział w grupie teatralnej w roli ojca Admeta, Feresa, potem w *Lizystracie* grał Wojownika i Tryka, męża Mirryny. Już od pierwszych spotkań można było zauważyć jakąś siłę, energię Maćka, która uwalniała się w roli, podczas gry. Stopniowo podczas kolejnych spotkań i prób pacjent stawał się coraz swobodniejszy w roli, w jej ekspresji. Podążał pilnie za wskazówkami reżysera. Szczególnie rozwijał swój repertuar zachowań w pracy nad rolą Tryka. Ta rola w naszym przedstawieniu jest trudna, gdyż wymaga pokazania męskiej namietności, seksualności w sposób komiczny, lecz nie wulgarny. Wymaga ujawnienia całego wachlarza zachowań (od prośby do groźby), których celem jest zdobycie Mirryny „połóż się ze mną, chociażby na chwilę...” (Arystofanes, 1981). Maciek w tej roli potrafi operować zarówno głosem, jego tonem, jak i całym ciałem w wyrażeniu tej postaci. Potrafi grać z wielką energią i komizmem, wyrażać wszystkie uczucia. Kiedy kończy się gra, Maciek natychmiast przeobraża się w bardzo spokojną osobę, którą jest na co dzień, która wie, że bardzo spokojny tryb życia. Bez silnych uczuć.

Nie udało się znaleźć pomostu między Maćkiem w roli a Maćkiem na co dzień. Wiadomo tylko, iż jest w nim jakaś „zaklęta” energia, żywe uczucia, wola, które znajdują swoje ujście w roli Tryka lub w innych rolach, które Maciek gra.

Czy uda nam się wspólnie z nim uwolnić jego uczucia, energię, siłę do życia?

Mam nadzieję, iż tak się stanie.

Z drugiej strony lustra

Tryk

„W moim przypadku ważne jest to, że jest mi trudno organizować sobie czas. Gdy pozostaję sam, czuję się źle. Zazwyczaj jestem sam w domu i nie potrafię do niczego się zabrać. Słucham radia lub czytam gazety. Podczas weekendu jadę do rodziców do innego miasta. Tam też czuję się samotny. Nie wiem, co mam dalej robić ze swoim życiem, jaką decyzję podjąć; czy wrócić do zawodu, czy też szukać pracy gdzie indziej. Najgorsze jednak jest to, iż czuję pustkę, nie

odczuwam tak radości, jak kiedyś. Nie przeżywam uczuć. Czuję się wygnany sam z siebie.

Grupa teatralna poprzez regularne, cotygodniowe zajęcia, organizuje mi dzień i tydzień, a także zbliża mnie do uczuć, do życia uczuciowego.

W komedii *Bojomira (Lizystrata)* grałem rolę Tryka. Zagrać jej było dosyć trudne, ponieważ jest to duża rola. Pracowaliśmy nad nią tak, jak i nad całą sztuką w ciągu wielu tygodni. Cały zespół mógł więc „oswoić się” ze swoimi rolami. Reżyser pracując ze mną nad rolą Tryka, wskazywał, jakie uczucia należy uwypuklić i w jaki sposób to zrobić. Było to interesujące i jednocześnie trudne. Reżyser miał wiele cierpliwości. Byłem „materiałem”, z którego zrobił postać. Moją rolą było odnaleźć w sobie te uczucia i cechy charakteru.

Erotyzm tej postaci, jego ekspresja były dla mnie z jednej strony komiczne, zaś z drugiej miałem przyjemność swobody, z jaką mówimy o sprawach tabu, takich jak seks. Ja sam nie przeżywałem tak bardzo tej roli, nie kojarzyłem jej z jakimiś moimi wcześniejszymi przeżyciami.

Ta rola uruchamiała w innych ludziach, publiczności, jakieś ich uczucia i pragnienia. Jeśli ta rola była dobrze odbierana przez innych, to ze względu na te osoby, które to odbierały, a nie moją grę”.

napisał Maciek

Mirryna

„Ja jako Mirryna. Czy jestem sobą, będąc Mirryną? Mirryna – to bohaterka komedii antycznej pod tytułem *Bojomira*. Tak brzmiałby oficjalny komunikat. Podstawowa informacja. Jednak postać ta niesie w sobie wiele znaczeń.

Początkowo czułem się w tej roli niepewnie, by po jakimś czasie stwierdzić, że czuję się w niej świetnie. Odtwarzając jakąś postać, nie trzeba zmieniać się nie do poznania, czy też kreować się na zupełnie inną personę. Wystarczy jedynie uruchomić niewykorzystane dotychczas pokłady swych możliwości i dopuścić je do głosu. Powinno się też znaleźć dystans do odtwarzanej przez siebie roli.

Co czerpię z Mirryny? Poniekąd inspirację swoich zachowań w określonych sytuacjach. Nie jest to, oczywiście, powielanie bezkrytyczne. Chodzi bardziej o zarysowanie klimatu, aury.

Czego można pozazdrościć Mirrynie? Skrupulatnie realizowanej, choć myślę, że raczej nieprzemyślanej strategii

uwodzenia, która po wprowadzeniu pewnej korekty mogłaby się stać atutem niejednej kokietki. Kiedy wcielałam się w rolę Mirryny, istotne było dla mnie zachowanie specyfiki tej postaci, a jednocześnie nadanie jej „mojego” charakteru. Jest to rola wielopoziomowa, stwarza wiele okazji do eksperymentowania i odnajdywania nowych jakości czy walorów.

Mirryna to osobowość barwna, niezmiennie zaangażowana i tylko reagująca w poszczególnych odsłonach. Jej uderzającą cechą jest nieustanna zmienność, dynamika. Nigdy nie pozostaje beczynna. Doskonale radzi sobie z Gwałcicielem, jak i z własnym mężem.

Owszem, jest kokieteryjna, rozkapryszona, ale ma w sobie dużo ciepła i myślę, że wzbudza sympatię widzów”.

napisała Marzena

Piśmiennictwo

1. Arystofanes, 1977, *Bojomira*. W: Arystofanes, *Komedie wybrane*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
2. Arystofanes, 1981, *Lizystrata*. W: *Trzy Komedie*, Ossolineum, Wrocław.
3. Eurypides, 1967, *Alkestis*. W: *Tragedie t. I*, PIW, Warszawa.
4. Searls H.F., 1965, *Phases of Patient – Therapist Interaction in the Psychotherapy of Chronic schizophrenia*. W: *Collected papers on schizophrenia and related subject*, International Universities Press, New York, rozdz. 18, str. 521–560.

Aneks

A. Ćwiczenia do zajęć teatralnych prowadzonych na oddziałach dziennych oraz w innych ośrodkach terapeutyczno-rehabilitacyjnych:

I. Ćwiczenia wprowadzające; rozgrzewka



II. Ćwiczenia głosu



III. Mimika



IV. Postawa ciała, gesty



V. Wyobraźnia



VI. Koncentracja

VII. Etiudy pantomimiczne



VIII. Etiudy sceniczne

IX. Ćwiczenia na zakończenie spotkania



I. Ćwiczenia wprowadzające; rozgrzewka

Na początku każdego spotkania należy włączyć ćwiczenia mające charakter rozgrzewki. Jako pierwsze mogą być ćwiczenia czysto ruchowe, także z użyciem muzyki:

1) ćwiczenia ruchowe:

- kilka ćwiczeń gimnastycznych, wspólne chodzenie w takt muzyki, bieganie w różnych kierunkach, podskoki, rytmiczne poruszanie się w różnych tempach, jedna osoba proponuje jakieś ćwiczenie, inni ją naśladują;
- spotykanie się wzrokiem, dłońmi, witanie się itp.

2) zabawy:

- **„przekazywanie sobie gorącego przedmiotu”** – tym przedmiotem może być piłka, zwinięty kawałek materiału. Ponieważ ten przedmiot jest gorący trzeba szybko się go pozbyć, aby się nie oparzyć. Grupa ma za zadanie jak najszybciej go przerzucać od jednej osoby do drugiej;

- inna wersja tego ćwiczenia to „przekazywanie sobie szczególnie cennego przedmiotu”, np. porcelanowej, zabytkowej figurki, małego ptaszka siedzącego na ramieniu – wyzwala jeszcze inny rodzaj ekspresji;

- **„wołanie imienia”** – grupa stoi w kręgu, trzymając się za ręce, każdy po kolei woła głośno swoje imię, potem może wymawiać to imię szeptem. To ćwiczenie jest dobre, gdy grupa się nie zna. Inną odmianą tego ćwiczenia jest rzucanie do siebie piłki wraz z wypowiedzeniem imienia tej osoby, do której się rzuca.

Jeszcze inna wersja tego ćwiczenia: grupa stoi w kręgu, każda osoba daje krok do środka grupy i wyśpiewuje na jakąś melodię swoje imię, może też dodać jakiś specyficzny gest, ruch.

3) ćwiczenia na kontakt:

- **„lustro”** – dwie osoby stoją naprzeciw siebie, jedna jest lustrem, a druga przegląda się w „lustrze”, tzn. jedna powoli wykonuje jakieś ruchy, a druga, „lustro”, ją naśladuje. Osoby te patrzą się sobie w oczy, nie śledzą oczami ruchów kolegi,

tylko obserwują go spostrzeganiem „bocznym”, wyczuwają. Ważne jest, aby działało się wszystko powoli i dokładnie;

- **„krzesanie ognia”** – ćwiczenie w parach; jedna osoba stoi, a druga ją masuje, zaczynając od barków, ramion, następnie schodzi na dół, masując uda i podudzia od „zewnątrznej strony”. Jest to dość intensywny kontakt fizyczny, dlatego musi być w tym sensie bezpieczny, aby nie narażać intymności osoby masowanej; masaż dotyczy „zewnątrznej” strony ramion i nóg. W ćwiczeniu następuje zmiana w parach;

- **„spotkanie wzrokiem”** – grupa chodzi po sali i każdy znajduje sobie wzrokiem jedną osobę, z którą chce „porozmawiać oczami”. Stoją naprzeciw siebie i mają za zadanie wyrazić wzrokiem różne uczucia, np. wstyd, radość, złość, obojętność, troskę itp.;

- **„spotkanie dotykiem”** – grupa chodzi po sali i każdy każdego ma dotknąć prawą dłonią w prawy bark albo złapać za prawą kostkę u nogi, lub lekko dotknąć czubka głowy itp.

Grupa stoi w kręgu, wyciąga przed siebie ręce i idzie do siebie, do środka; w środku ręce spotykają się, opierają się o siebie.

Grupa stoi w kręgu tyłem do siebie, zaczynają iść do środka, spotykają się plecami, każdy znajduje jakieś plecy, aby się na nich oprzeć.

W tego typu ćwiczeniach ważna jest wrażliwość terapeuty na to, co się dzieje w grupie, śledzenie tego, jak uczestnicy reagują na kolejne ćwiczenia. Terapeuta ma możliwość improwizacji, może dodawać różne swoje pomysły i rozwijać kolejne ćwiczenia w odniesieniu do danej grupy.

II. Ćwiczenia głosu

Ćwiczenia te zaczynamy od masażu twarzy – wykrzywiamy twarz na różne strony rozciągając mięśnie twarzy, masujemy dłońmi nasze policzki, nos, czoło.

- **„pojedyncze dźwięki”** – grupa razem wydaje różne dźwięki, np. mlaskanie, chrząkanie, ziewanie, głośne wzdychanie. Ponadto stojąc razem, wypowiada w różnym rytmie różne słówka; zaczynamy od słówka „om”, cicho sza, hej, itp.;

• **„różne tony”** – grupa stoi w kręgu, trzyma się za ręce i ma je uniesione do góry, wszyscy stoją na palcach. Wymawiają samogłoskę aaa od wysokiego tonu zaczynając i schodząc do najniższego. Jest to połączone z ruchem od stania na palcach z wyciągniętymi rękami do pozycji kucznej z rękami opuszczonymi;

• **„ryk tygrysa”, „głos syreny”, „miauczenie kota”** – wszystko to robimy całą grupą, jakieś jedno słowo, np. dzień dobry, wypowiada całą grupa w różnych tonacjach od uprzejmej, obojętnej, radosnej do gniewnej. Grupa może stać razem w kręgu lub uczestnicy mogą chodzić po sali i spotykając się z innymi, wypowiadać to słowo z danym uczuciem;

• **„zdobycie kolegi”** – grupa dzieli się na dwie podgrupy, które stoją naprzeciwko siebie, ich zadaniem jest zdobycie kolejnego członka dla swojej podgrupy. Najpierw jedna podgrupa woła kogoś z grupy przeciwnej, potem druga, w ten sposób, iż wypowiada jego imię w różnych tonach, z różnymi uczuciami: prosząc, wołając, złoszcząc się. Osoba wołana wtedy opuszcza swoją grupę i dołącza do przeciwnej, kiedy naprawdę poczuje, że tego chce;

• **„gazeta”** – grupa dzieli się na dwie podgrupy, które stoją jak najdalej od siebie. Każda z podgrup ma wcześniej przygotowane gazety. Naprzemiennie, raz ktoś z jednej podgrupy, a raz ktoś z drugiej czyta wybrany tytuł z gazet, bardzo głośno wołając w kierunku drugiej podgrupy. Potem ktoś z tej drugiej podgrupy „odpowiada” mu w ten sam sposób, wołając przez siebie wybrany tytuł. Robi się w ten sposób zabawny dialog gazetowy, zmusza wszystkie osoby z grupy, aby wołały jak najgłośniej. Szczególnie pomocne jest to ćwiczenie w terapii z osobami nieśmiałymi, cichymi, o słabej ekspresji.

Używany tekst może być wzięty z wiersza rozpisanego na dwa głosy, bajki itp.

• **„telefon”** – dwie osoby rozmawiają przez telefon; siedzą na krzesłach tyłem do siebie lub są przegrodzone jakimś ekranem, tablicą, ale mogą się słyszeć. Tematy mogą być różne, np. dwie koleżanki rozmawiają o Sylwestrze i jedna z nich organizuje zabawę, a druga chciałaby być przez nią zaproszona, ale tamta nie bardzo ma na to ochotę. Zadanie jest powiedziane na osobności każdej z nich: mają użyć takiego tonu w swoich wypowiedziach, aby pokazać ukryte tre-

ści rozmowy (chęć jednej, niechęć drugiej). Inne tematy to np. jedna osoba chce od drugiej pożyczyć pieniądze, rozmowa męża z żoną o jej zajęciach w mieście, jest zazdrosny itp. W tym zadaniu najważniejsze jest to, aby na kanwie rozmowy, poprzez właściwą intonację, akcent, zawieszenie głosu przekazać prawdziwe uczucia;

- **„orkiestra”** – jedna osoba jest dyrygentem, dzieli grupę na kilka podgrup i każdej z nich przydziela jakiś dźwięk, np. laa, iii, ooo, wysoki lub niski, wolny lub szybki. Potem po kilku próbach dyryguje „orkiestrą” tak, aby powstał dłuższy „utwór” wyśpiewany przez grupę.

III. Mimika

Zaczynamy od ćwiczeń w całej grupie; wszyscy stoją w kręgu i tylko samą twarzą wyrażają razem różne odczucia: ciepło, zimno, strach, wesołość, zdziwienie, dumę itp. Potem podobnie grupa chodzi po sali i spotyka się każdy z każdym, ćwiczy wyrażanie tych uczuć. Kiedy grupa się już dobrze zna i czuje się z sobą bezpiecznie, to można zaproponować ćwiczenie.

- **„konkurs min”** – dwie osoby siedzą na środku sali, grupa siedzi dookoła nich i robią do siebie różne miny, raz jedna osoba, raz druga, tak długo, aż któregoś się wyczerpie repertuar min;

- **„rozmowa twarzami”** – jedna osoba opowiada drugiej jakąś historię samymi minami, wyrazem oczu, twarzy; np. jedna pani drugiej pani opowiada o jakimś skandalu, przyjaciel przyjacielowi o pięknej dziewczynie itp.

IV. Postawa ciała, gesty

Zaczynamy od prostych, wyolbrzymionych gestów, wyrażanych wspólnie przez całą grupę: dziękuję, proszę, nie chcę, daj mi, lubię cię, nie lubię itp.

- **„manekin”** – wszyscy starają się chodzić w bardzo usztywniony sposób, jak manekiny, a następnie rozluźniają całe ciało, które usztywnili do „manekina” i poruszają się bardzo miękko, luźno. Podobnym ćwiczeniem jest

- **„marionetka”** – wszyscy poruszają się jak marionetki pociągane za sznureczki. Zmusza to uczestników grupy do innej formy ruchu;

- **„rzeźba”** – jedna osoba wychodzi na środek i staje w jakiejś pozie wyrażającej np. jej nastrój, jej marzenie, jej pracę itp., inni mają po kolei podchodzić do niej i także przyjmować pewną pozę, która komponuje się z postawą, ruchem pierwszej osoby. W ten sposób powstaje zbiorowa rzeźba, która zwielokrotnia i urozmaica temat pierwszej osoby;

- **„pomnik”** – grupa dzieli się na kilka małych grup po trzy lub cztery osoby. Podgrupy te między sobą uzgadniają, iż przedstawią jakiś pomnik związany np. z wydarzeniem historycznym, tytułem filmu lub książki (taką ogólną treść/temat ustala się wcześniej w całej grupie). Następnie każda podgrupa po kolei pokazuje taki „pomnik”, a zadaniem reszty jest odgadnąć, co pomnik przedstawia. Inną wersją tego ćwiczenia jest

- **„rzeźba pojęć”** – grupa dzieli się na dwie podgrupy, jedna wymyśla jakieś pojęcie, np. zwycięstwo, melancholia, luksus, rozpacz, zdrada itp., a druga grupa po podaniu danego pojęcia ma go przedstawić w formie rzeźby, zastygniętego obrazu. Wszystkie te ćwiczenia odbywają się bez pomocy słów, postawa ciała, gesty, mimika są wyolbrzymione po to, aby były bardziej czytelne, bardziej ekspresyjne;

- **„ruchowe improwizacje”** – to ćwiczenie może odbywać się przy użyciu muzyki, prowadzący podaje instrukcje stylizujące ruch i wyobraźnię: proponuje, aby wyobrazić sobie, że jest się drzewem, które kołysze się na wietrze (cała grupa ćwiczy razem), że zastyga się w postaci kamienia, który potem z wolna ożywa i przeistacza się w kwiaty, które „wyciągają się” do słońca, potem np., że jest się ptakiem szybującym nad ziemią, koniem w galopie, płatkami śniegu, starym kotem wylegającym się na piecu itp. Inną wersją tego ćwiczenia jest podobna improwizacja w parach; wówczas te dwie osoby mogą być dwoma płatkami śniegu, które razem wirując, spadają lub jednym i tu muszą się wyczuć w ruchu, stworzyć jeden ruch danego „tematu” (ptak, wąż, kwiat).

V. Wyobraźnia

Wyobraźnia jest nieodłącznym elementem naszego życia wewnętrznego, dlatego można powiedzieć, iż gra rolę w każdym ćwiczeniu. Wyobraźnia osób, które przeszły kryzys psychiczny, jest zazwyczaj albo niezwykle bogata, pełna różnych obrazów, lub wręcz przeciwnie – zubożona i pusta. W jednym, jak i w drugim przypadku ćwiczenia na wyobraźnię mają jej służyć; albo ją budzić z uśpienia, lub przepełnioną wyobrażeniami uspokajać. W zależności od składu grupy proponujemy ćwiczenia na wyobraźnię lub nie. Kiedy grupa składa się z osób z dominującym uczuciem smutku, pustki, braku uczuć, wówczas poniższe ćwiczenia można proponować:

- **„magiczna skrzynia”** – na środku sali stoi wyobrażona magiczna skrzynia; każdy członek grupy podchodzi do niej i pantomimicznie otwiera ją i wyjmuje coś z niej. Musi to pokazać, a grupa zgaduje, co to jest;

- **„przekazywanie wyobrażonego przedmiotu”** – grupa siedzi w kręgu na podłodze, jedna osoba zaczyna w ten sposób, iż przedstawia dłońmi jakiś przedmiot (piłka, igła, jeź, coś nieokreślonego) i dodaje do tego jakiś dźwięk. Chwilę pokazuje ten przedmiot, łącznie z dźwiękiem, a potem przekazuje go osobie obok. Osoba ta przejmuje ten przedmiot w tym samym kształcie (musi to pokazać) i z tym samym dźwiękiem, a następnie go przekształca w inny przedmiot z innym dźwiękiem. Przedmiot przechodzi z rąk do rąk w całym kręgu;

- **„malowanie obrazu”** – grupa siedzi w kręgu, prowadzący podaje temat; jest to opowieść o obrazie, na którym jest namalowany zachód słońca nad morzem, ogród z altanką, bitwa morska, stare miasto itp. Kolejno osoby opowiadają o tym, co „widzą”, aż powstanie w miarę spójne wyobrażenie „obrazu”;

- **„opowiadanie wspólnej historii”** – jest to podobne ćwiczenie, lecz już bez żadnej struktury; grupa ma za zadanie opowiedzieć jakąś historię, ktoś zaczyna, improwizując, a inni kontynuują wątek;

- **ćwiczenie w parach** – dwie osoby na środku, przedstawiają pantomimicznie wyobrażoną przez siebie scenę,

grupa ma zgadnąć, czego ona dotyczy. To ćwiczenie może być też bardziej ustrukturowane, z podaniem jakiegoś tematu, np. dwie kobiety na zakupach w dużym sklepie lub mężczyzna z kobietą na zakupach w dużym sklepie, dwóch rozbitków na wyspie itp.

Ćwiczenia związane z wyobraźnią są oczywiście związane też z ćwiczeniem funkcji poznawczych, takich jak refleks, pamięć czy koncentracja. Wiele podanych tutaj ćwiczeń łączy ćwiczenie różnych funkcji czy też różnych form ekspresji. Rozróżnienie na poszczególne ćwiczenia ma tylko podkreślić dominujący aspekt danego ćwiczenia.

VI. Koncentracja

Oprócz innych ćwiczeń, na przykład takich, jak opisane powyżej, w których koncentracja na zadaniu jest ważna, istnieje parę zadań nacełowanych na ćwiczenie koncentracji. Jednym z nich jest

- **„maszyna do pisania”** – grupa stoi lub siedzi w kręgu, wybiera jakiś wyraz, na początku łatwy, np. koncentracja. Dzieli ten wyraz pomiędzy siebie w ten sposób, iż każdy z uczestników ma jedną literę z tego wyrazu. Jeżeli dana litera występuje w wyrazie dwa razy, np. „n” w wyrazie koncentracja, to osoba, która ma tę literę, używa jej dwa razy. Grupa wypowiada ten wyraz, każda osoba swoją literę po kolei, równocześnie klaszcząc w dłonie. Potem wybiera się jakieś proste zdanie, a następnie zdanie trudniejsze. Wszyscy muszą się skupić, aby dobrze wymówić ten wyraz, dodatkowym utrudnieniem jest tempo, które można przyspieszyć.

VII. Etiudy pantomimiczne

Te ćwiczenia także muszą zaczynać się od bardzo prostych zadań, do stopniowo coraz bardziej skomplikowanych. Etiudy wiążą się jeszcze z bardzo ważnym i trudnym elementem dla członków grupy – z wyraźnym wyeksponowaniem siebie na forum grupy. Każdy z uczestników kolejno ćwiczy samodzielnie, na środku sali, inni patrzą.

- **„spacer po łące”** – instrukcja do tej etiudy: idziesz po łące, jest lato, słonecznie, znajdujesz ładny kwiat;

- **„zbieranie owoców”** – instrukcja: jesteś w ogrodzie, zrywasz jabłka z jabłoni, jesteś w lesie, zbierasz jagody itp.;

- **„ulica”** – instrukcja: idziesz ulicą i urwał ci się obcas, idziesz ulicą i znajdujesz 100 zł, idziesz ulicą i widzisz znajomego, z którym chcesz uniknąć spotkania itp.;

- **„dom”** – instrukcja: jesteś sam w domu i bierzesz prysznic, bawisz się ze swoim kotem, gotujesz pierwszy raz nową potrawę itp.

Etiudy następnie mogą być wykonywane w parach:

- **„pożyczanie pieniędzy”** – instrukcja: jedna osoba chce pożyczyć pieniądze z bardzo ważnego powodu (trzeba to pokazać), a druga odmawia;

- **„dwóch przyjaciół”** – instrukcja: dwóch przyjaciół spotyka się na ulicy, nie są pewni, czy dobrze się pamiętają, ale powoli przypominają się sobie i żegnają się już bardzo wyklewnie;

- **„mąż i żona”** – instrukcja: mąż wraca późno do domu, żona się budzi i widzi, jak on wraca, awantura;

- **„kolejka”** – instrukcja: dwie kobiety w sklepie przepychają się, jedna chce być pierwsza i druga też, kłócą się itp.

Jeżeli grupa będzie się czuła dość swobodnie w tego typu ćwiczeniach, można tworzyć bardziej skomplikowane obrazy pantomimiczne. Tematy mogą być takie same, np. w sklepowej kolejce może stać więcej osób, pani za ladą i w kasie; można zrobić małą scenkę pantomimiczną, gdzie każdy uczestnik sceny będzie miał swoją rolę. Wymaga to także koncentracji i współpracy pomiędzy pacjentami.

VIII. Etiudy sceniczne

Etiudy sceniczne powstają podobnie, od prostych scen do bardziej skomplikowanych. Tutaj włączamy głos w komunikowanie się między grającymi.

- **„przekonywanie się”** – instrukcja: dwie osoby stoją naprzeciw siebie, jedna prosi drugą o coś niezwykle dla niej ważnego. Dialog oparty jest tylko na dwóch słowach „tak”

i „nie”. Osoba prosząca używa „tak”, stosując różne tony, ale też gesty, mimikę, osoba odmawiająca posługuje się słowem „nie”. To samo ćwiczenie można przeprowadzić, używając imion osób grających. Osoba prosząca prosi imieniem swojego partnera, a odmawiająca odmawia imieniem proszącego;

- **„król, królowa, i błazen”** – trzy osoby w tych rolach przechadzają się po dworze, każdy z odpowiednim dla roli zachowaniem i wypowiedzaniem się;

- **„bogaty i żebrak”** – bogacz przechadza się po ulicy, zastanawia się, co sobie jeszcze kupić, podchodzi żebrak, prosząc o jałmużnę;

- **„dziecko i dziadek”** – dziecko kilkuletnie jest rozbawione, chce bawić się z dziadkiem, ciągnie go za wąsy, robi inne psikusy, dziadek nieco się broni;

- **„dama i uwodziciel”** – dama z wachlarzem na balu, uwodziciel stara się zwrócić jej uwagę, bawi ją rozmową, prosi do tańca;

- **„para na ławce w parku”** – młoda dziewczyna siedzi na ławce w parku i czyta książkę, przysiadła się młody chłopak, na drugim końcu ławki, pomału ją zagaduje, przysiadła się bliżej i bliżej itp.

Po ćwiczeniach w parach, kiedy grupa jest wystarczająco spójna, można proponować duże sceny, w których bierze udział cała grupa lub dwie podgrupy. Możliwe tematy:

- **„bal u króla”** – gdzie każdy wybiera jakąś rolę, wszyscy się bawią przez np. 15 minut;

- **„jarmark”** – różne stoiska na jarmarku, są osoby sprzedające, zachwalające swój towar i kupujący;

- **„przedszkole”** – bawiące się dzieci i przedszkolanki itp.;

- **„maszyna”** – jest to ćwiczenie bardziej abstrakcyjne, jest udźwiękowioną formą ćwiczenia „rzeźba”. Zadaniem grupy jest stworzenie pracującej maszyny. Jedna osoba zaczyna ćwiczenie w ten sposób, iż wychodząc na środek, staje w jakiejś pozie, dodając do tego gest i dźwięk, a kolejne osoby

dochodząc do niej, dodają do niej własny gest i dźwięk, tak aby w jakiś sposób pasował do poprzedniego.

IX. Ćwiczenia na zakończenie spotkania

W trakcie zajęć, po kolejnych ćwiczeniach można je omawiać, ale nie zawsze jest to konieczne czy korzystne. Natomiast zaraz po wykonaniu ćwiczenia dobre są „gorące” uwagi, krótkie komentarze. Zawsze jednak trzeba zakończyć spotkanie jakimś grupowym akcentem; regularnym obyczajem grupowym, np. staniem w kręgu z trzymaniem się za ręce i uściśnięciem rąk, które się trzyma. Samo zakończenie poprzedzają ćwiczenia relaksacyjne, wyciszające:

- **„zwolnienie tempa”** – prowadzący proponuje chodzenie po sali w coraz wolniejszym tempie, ćwiczenie gimnastyczne rozluźniające, znalezienie osoby, z którą można wspólnie usiąść i odpoczywać, grupa siada, siedzi długą chwilę w milczeniu;

- **„relaks”** – uczestnicy spotkania znajdują sobie wygodne miejsca w pokoju, w którym ćwiczą, siadają lub kładą się, zamykają oczy, słuchają delikatnej, rozluźniającej muzyki;

- **„siedzenie z oparciem”** – najpierw grupa robi kilka ćwiczeń rozluźniających, np. głębokie skłony z rozluźnieniem od pasa w dół w skłonie, jedna osoba masuje drugą (plecy) w tym skłonie. Potem powolne chodzenie po sali i znalezienie sobie partnera, z którym siadają na podłodze oparci o siebie plecami. Muszą znaleźć wygodną pozycję, oprzeć się o siebie, może zamknąć oczy i posiedzieć kilka minut w milczeniu, odpocząć;

- **„ćwiczenia oddechowe”** – grupa stoi w kręgu, wszyscy wyciągają ręce do góry, stają na palcach i równocześnie robią wdech, a następnie wraz z wydechem opuszczają ręce i zginają się aż do głębokiego skłonu.

B. Ćwiczenia związane z dynamiką grupy teatralnej

Każda grupa, która zechce wspólnie przygotowywać przedstawienie, ma jakiś scenariusz, na którym się opiera. Może to być wiersz, bajka czy dramat, może to być oryginal-

ny scenariusz napisany przez grupę lub przez jednego z jej uczestników.

Oprócz ćwiczeń opisanych powyżej, taka grupa koncentruje się wokół napisanego tekstu i używa go do ćwiczeń, zwłaszcza w fazie wstępnej. Podam tutaj kilka sposobów pracy w takiej sytuacji, lecz każda grupa zazwyczaj wypracowuje sobie własną drogę do wspólnego kreowania spektaklu.

I faza grupy: wspólne przeczytanie scenariusza, zastanawianie się i rozmowa o przedstawionych wątkach dramatu, postaciach i relacjach między nimi. Omawianie tła historycznego, jeżeli sztuka dzieje się w przeszłości, ówczesnej kultury. Można w trakcie tych pierwszych spotkań oglądać np. malarstwo z danej epoki, opowiadać o ubiorach, obyczajach itp.

Czytanie krótkich części scenariusza przez różne osoby, aby bezpośrednio zapoznać się z tekstem, występującymi postaciami. Niewielkie kawałki tekstu wypowiadać różnym tonem, chórem, np. osobno przez kobiety, osobno przez mężczyzn. Chodzi o to, aby „bawiąc się” tekstem, poznawać go, nie tylko słuchając, jak ktoś czyta lub samemu czytając, lecz w sposób czynny.

Niektóre sceny można próbować w całej grupie, np. jeżeli występuje jakaś postać komiczna, to wszyscy ją próbują, starają się odnaleźć sposób, w jaki ona chodzi, porusza się, jaką ma mimikę. Jeżeli np. występują sceny walki, to używając tekstu można improwizować różnego rodzaju walki, atak, obronę, utarczki słowne itp. Takie sceny są zazwyczaj kanwą dla różnego rodzaju ćwiczeń związanych z wyrażaniem agresji, kontrolowaniem jej i przyjmowaniem.

Jeżeli występują sceny liryczne, to wszyscy w grupie są podzieleni na „pary” i używając jednego zdania z przygotowanego tekstu, ćwiczą „liryczne”, czułe zachowanie wobec siebie w różnych konfiguracjach. Taki tekst jest również pretekstem do ćwiczenia sposobu okazywania ciepłych uczuć i ich przyjmowania. Wbrew pozorom nie są to łatwe ćwiczenia, dlatego na tym etapie dobrze jest omawiać z grupą trudności i sposoby wyrażania uczuć.

Każde charakterystyczne zachowanie może być w ten sposób ćwiczone. Król będzie się łączył z władzą, romans z wyrażaniem miłości, każdy konflikt z agresją, komiczna postać ze śmiałym pokazywaniem zazwyczaj swojej słabości, głupoty.

II faza grupy zaczyna się zazwyczaj wtedy, kiedy dochodzi do wyboru ról. Od tego momentu każdy członek grupy

koncentruje się na swojej postaci. Trudniejszym zadaniem w tej fazie jest to, iż zaczynają się próby, podczas których aktorzy zaczynają swe postacie kreować na scenie. Są bardziej wyeksponowani na forum grupy, ćwiczą najpierw pojedynczo, zanim zostanie stworzona dana dramatyczna sytuacja.

Ważne jest tu zrozumienie postaci; ciągle omawianie jej oraz tego, jak aktor czuje się ze swoją rolą, jest niezbędne. Jest to zadanie reżysera, ale też terapeuty w grupie. Z doświadczenia wiadomo, iż także reflektowanie przez pacjenta tego, jak przeżywa swoją rolę, ze swoim indywidualnym terapeutą, jest bardzo pomocne.

Faza III jest fazą czystych prób teatralnych, w której w przygotowaniu spektaklu dominującą rolę pełni reżyser i aktorzy. Tworzone są kolejne sceny, różne możliwości związane z kolejnością wydarzeń w dramacie.

W tym okresie tekst sztuki zazwyczaj jest opanowany przez aktorów, a to, co pojawia się na scenie, jest często związane z własną kreatywnością aktorów. Więcej jest improwizacji i własnych pomysłów, jak daną scenę zagrać. Wydaje się, iż jest to najbardziej twórczy okres w życiu grupy i najbardziej radosny. Dzieje się tak dlatego, że wiele trudności, takich jak nauczenie się na pamięć tekstu, ekspresja roli, współdziałanie z innymi w danej scenie, jest pokonanych i pojawia się przyjemność z gry, wspólna zabawa.

Ze względu na intensywność prób, zazwyczaj tych przed samym przedstawieniem, rolą terapeuty jest „bycie w pogotowiu” – to jest czuwanie nad poziomem napięcia, wzmacnianie postępów aktorskich. Psychologiczne oddziaływanie pozostaje w tle, na plan pierwszy wysuwa się czysto teatralne zadanie – ukończenie przedstawienia i przygotowanie występu. Wiąże się to także z przygotowaniem kostiumów, muzyki i scenografii.

Jak już wspomniano, ważne jest, aby terapeuta czuł też nad granicą między rzeczywistością teatralną a codziennością. W tym okresie bowiem często można zauważyć, iż grupa, która jest już w tym okresie bardzo spójna, przenosi niektóre wątki w codzienność. Na przykład panowie, którzy razem grają wojowników, po próbie dalej dają sobie kuksańce, inni zaś zwracają się do siebie imieniem ze sztuki itp. Nie jest to nic groźnego, ale dobrze jest w pewnym momencie przywrócić poczucie realności grupie.

Jak wcześniej wspomniano, w psychodramie istnieje bardzo pilnie przestrzegany rytuał „zdejmowania z roli”. Jest to

dobry obyczaj, który można przenieść do grupy teatralnej. Można poprosić grupę, aby wszyscy wstali, stanęli w kręgu i „strząsnęli” z siebie swoje role. Wszyscy wtedy potrzásając kolejno prawą nogą, lewą nogą, rękami, głową, „wytrzepują” role z siebie, stają się sobą: Jackiem, Jołą, Kasią.

IV faza grupy pojawia się po premierze lub kolejnym spektaklu. Jeżeli grupa nie spotyka się po premierze, może powstać wśród jej członków odczucie „dziury”, pustki. Ważne jest, aby spotkać się, nie tylko po to, aby sobie pogratulować sukcesu. Powinno być kilka spotkań zakańczających pracę grupy. Można oglądać zdjęcia ze spektaklu, dzielić się wrażeniami, omawiać wpadki i dobre momenty, a także zrobić plan na przyszłość. Ta przyszłość może być związana z następnym wystawieniem danej sztuki lub przygotowywaniem innego spektaklu. Jest to także czas na indywidualny bilans każdego z aktorów i indywidualne plany, takie jak szkoła, praca czy jakaś inna aktywność.

Jak uniknąć niebezpieczeństw?

Większość niebezpieczeństw zostało zaznaczonych, niemniej jednak jeszcze raz można je zebrać. Po pierwsze, terapeuta nie może dać się zwieść temu, iż np. panuje dobry nastrój w grupie, wydaje się, że nie ma problemów. Bez względu na dobry klimat, poczucie bezpieczeństwa, **terapeuta musi rozmawiać** nie tylko na forum całej grupy, ale też indywidualnie o tym, jak pacjenci/aktorzy przeżywają swoją rolę. Ponadto ważne jest, aby rozmawiać o tym, jak czują się osoby, które grają **role drugoplanowe** lub nawet trzeciooplanowe. Zazwyczaj poświęca się im w grupie nieco mniej czasu, reżyser i terapeuta powinien dać im też swoje zainteresowanie i uwagę. Jeżeli pacjent poczuje się gorzej, zatrać mu się granice na tyle, iż nie wie, czy jest postacią dramatu, czy nie, trzeba koniecznie **wycofać go z prób** do czasu, aż będzie w stabilnej remisji.

Jeżeli pacjent jest nieśmiały, o dużym poziomie lęku społecznego, należy mu dać jak **najłatwiejsze zadanie aktorskie**, najlepiej takie, w którym gra razem z kimś. Wybór ról należy oprzeć na kryterium „najłatwiejsza rola” dla danego pacjenta, a nie najtrudniejsza.

Jeżeli unikniemy pułapek, pokonamy trudności i przedstawienie zakończy się sukcesem, a pacjenci/aktorzy wrócą do swojego życia bardziej siebie pewni, lepiej siebie rozu-

miejący, to można powiedzieć, iż cele teatru terapeutycznego zostały osiągnięte.

„...Kiedyś wydawało mi się, że to, co rzeczywiste, istnieje gdzieś poza mną, i że muszę tego specjalnie – poza własnym doświadczeniem – szukać. Aby tam dotrzeć, przerzucałem się z umiejętności na umiejętność, z dziedziny w dziedzinę. A ja sam – czy nie jestem rzeczywistością? Czy nie jestem życiem? (...) Może trzeba, bym się do siebie swoicie przymierzył, zaufałem temu, co we mnie doświadczone – a w tym, co się ze mnie wynurzy, rozpoznam się nie tylko ja, ale także inni?”

(Flaszen, 1972, str. 21)

Piśmiennictwo

1. *Dać znak: to jestem ja*. Wywiad z H. Flaszenem. Rozmawiał H. Woźniak. „Literacki Głos Nauczycielski”, 1972, 3/22.



Alkestis wg Eurypidesa, reżyseria Krzysztof Rogoź, 1998 r.





Alkestis wg Eurypidesa, reżyseria Krzysztof Rogoź, 1998 r.





Bibl. Jag

Lizystrata wg Arystofanesa, reżyseria Krzysztof Rogoź, 1997 r.





Lizystrata wg Arystofanesa, reżyseria Krzysztof Rogoź, 1997 r.





ALKESTIS

według Eurypidesa

Adaptacja Krzysztof Rogoż

PROLOG

Stół. Na stole puchary. Z lewej wchodzi **Apollo**, z prawej **Tanatos**, w strojach sług. Twarze zakryte. **Apollo** niesie amforę. **Tanatos** ma w ręku złoty tamburyn, którym pobrzękuje, jakby dla zabawy. Na swój widok przystają obaj na chwilę, mierząc się wzrokiem, po czym **Apollo** rozlewa wino do pucharów. **Tanatos** siada za stołem, na miejscu przeznaczonym dla **Admeta**. Gdy **Apollo** się doń zbliża, podsuwa mu do napełnienia puchar **Admeta**. Znów patrzą sobie w oczy, **Apollo** napełnia puchar. **Tanatos** wstaje i pobrzękując bębenkiem, odchodzi na prawe proscenium, gdzie nieruchomieje. **Apollo** stawia amforę na stole, przy miejscu przeznaczonym dla **I Przyjaciela** i wycofuje się w głąb sceny, na lewo, gdzie również nieruchomieje.

BIESIADA

Z lewej strony wchodzi **Admet**, **Ojciec** i **Przyjaciele**. Wnoszą **Admeta** w triumfie, na swych barkach, podrzucają go, wśród wiwatów do góry. Zachowują się rubasznie, śmieją się hałaśliwie, poklepują i ściskają, tarmoszą i całują **Admeta** w zbiorowym hołdzie składanym samczej jurności. **I Przyjaciel** przyklęka za **Admetem** i wkładając mu rękę pomiędzy nogi, „dorabia” mu ogromnego fallusa. Mężczyźni wybuchają gromkim śmiechem. **Admet** ryczy radośnie, niczym Tarzan bijąc się w piersi pięściami.

OJCIEC: Moja krew, moja krew! (podaje rękę „fiutowi”)

Środkowym wyjściem wchodzi **Alkestis**, z dzieckiem na ręku, **Matka** i **Kobiety**, które ciasnym wianuszkiem otaczają **Alkestis**. Cała ich uwaga skupiona jest na dziecku. Apoteoza samiczej opiekuńczości. **Kobiety** zachwycają się dzieckiem. W pewnej chwili **Matka** rozwija becik, by z dumą pokazać innym wnuczkowego siusiaka.

Kobieta III „gilga” małego po siusiaku – **Kobiety** wymieniają pieprzne uwagi, wybuchają śmiechem.

Ojciec podchodzi do stołu, ujmując w dłoń stojący tam dzwoneczek i dzwoni. **Wszyscy** poważnieją.

Matka, wzięwszy **Alkestis** pod ramię, prowadzi ją na środek SCENY. **Ojciec** to samo czyni z **Admetem**.

Admet delikatnie ujmuje dłoń **Alkestis** – oboje klękają przed **Rodzicami**. Robi się cicho, jak makiem zasiał. **Alkestis** i **Admet** wspólnie unoszą dziecko, tak by **Rodzice** mogli mu pobłogosławić. Ci uroczyście kładą dłonie na głowie dziecka – po czym **Alkestis** i **Admet** całują **Rodziców** po rękach.

Matka idzie do stołu, skąd bierze puchar wina, z pietyzmem moczy w nim wargi, po czym, nie wypuszczając go z rąk, podaje **Ojcu**, by uczynił to samo, następnie zanurza w winie czubki palców i delikatnie skrapia **Alkestis** i **Admeta** – to samo czyni **Ojciec**.

MATKA (bardzo wzruszona): Niech się szczęści!

WSZYSCY (chórem): Niech się szczęści!

Podbiegają do **Alkestis** i **Admeta** i skrapiają ich winem, powtarzając zarazem

Niech się szczęści!

Po zakończeniu kolejki, **Alkestis** i **Admet** podnoszą się z klęcek, teraz biesiadnicy podchodzą do nich kolejno z gratulacjami, ściskając ich, całując, ciesząc się wspólnie z nimi, zachwycając się dzieckiem.

Tymczasem **Matka** nabiera garść białozółtych płatków kwiatowych (misa stoi na stole, po lewej), podchodzi do **Alkestis** i **Admeta** i obrzuca ich kwiatami.

MATKA (głośno, radośnie): Niech się spełni! (ukradkiem ociera łzy)

WSZYSCY (wrzeszczą entuzjastycznie): Niech się spełni!

Podbiegają kolejno, obsypując **Alkestis** i **Admeta** deszczem płatków, wrzeszcząc przy tym ile sił w płucach

Niech się spełni!

Alkestis i **Admet** cały czas stoją objęci na środku sceny, przytulając się do siebie czule, całując od czasu do czasu siebie i dziecko.

W trakcie kolejnych nawrotów **I Przyjaciół** dorwał się do amfory, wypija w przelocie potężny haust wina i już zdrowo podchmielony wraca do kolejki, w której tymczasem nastę-

pują przetasowania: **II Przyjaciół** szuka i w końcu znajduje sposobność, by znaleźć się przy **II Kobiecie**, którą emabluje. Z kolei **Kobiety I** i **III** dopadły **III Przyjaciół**, którego obie podrywają, nie bez wzajemności. Każdy kolejny nawrót coraz szybciej, aż do biegu. **Ojciec** tymczasem staje za stołem i podnosi w górę swój puchar. Na ten gest wszyscy pędzą na złamanie karku na swoje miejsca za stołem – **Admet** bardzo czule i opiekuńczo sadza **Alkestis** wraz z dzieckiem. Wszyscy podnoszą puchary, tylko **I Przyjaciół** chwytą amforę.

OJCIEC: Wiwat!

WSZYSKY: Wiwat!

Piją toast. **I Przyjaciół** intonuje „Sto lat...”, wszyscy podchwytyją pieśń. **Admet**, w porywie entuzjazmu, „porywa” dziecko z ramion **Alkestis**, wchodzi na stół i triumfalnie unosi go nad głową, pokazując potomka całemu światu. **Alkestis**, w trosce o dziecko, po krótkiej chwili odbiera go z powrotem. **I Kobieta** intonuje „Ore, ore...” (niewerbalnie), wszyscy poddają się nastrojowi euforii. Drą się, ile tchu w piersiach, tupią, bębnią po stole, klaszczą, **Tanatos** akompaniuje na tamburynie. **Admet** rozpoczyna taniec na stole. Najpierw solo, potem wciąga do tego **Alkestis** – ta początkowo się wzbrania, jednak za namową Matki, która przejmuje opiekę nad dzieckiem, sama wchodzi na stół i oboje tańczą „taniec godowy”. **I Kobieta** nie wytrzymuje i sama daje przed stołem popis tańca.

Nagle **Tanatos** rozdziera pazurami poszycie bębienka, który następnie ciska na ziemię. Tamburyn toczy się przez scenę, w końcu przewraca się. **Admet** chwytą się za głowę, jakby przeszyty straszliwym bólem, zwija się wpół i bezwładnie pada na stół. **Alkestis** z krzykiem dopada do niego. Ogólne poruszenie. Wszyscy skupiają się nad leżącym. **Ojciec** wznosi ramiona ku niebu i zaczyna się modlić.

OJCIEC: Władco Dzeusie!

Znajdź jakiś sposób na zły los Admeta!

Stań mu się zbawcą od śmierci,

Powstrzymaj Hadesa mordercę.

WSZYSKY: Stań mu się zbawcą od śmierci,

Powstrzymaj Hadesa mordercę.

Wszyscy podchwytyją modlitwę, która ma pomóc uzdrowić **Admeta**. Wszyscy klękają ze wzrokiem wzniesionym ku górze i uniesionymi w górę ramionami.

Tanatos występuje do przodu, zrzucając przy tym swe ziemskie przebranie. W tym samym czasie **Admet**, jakby we śnie wstaje, zsuwa się ze stołu i, jak przyciągany magnesem, idzie na spotkanie **Tanatos**a. Początkowo zdaje się być zaskoczony, onieśmielony, wkrótce jednak cała sytuacja zdaje się mu podobać. **Tanatos**, który jawi mu się jako piękna kobieta, osacza **Admeta**, oplata go, niczym bluszcz, zaleca się do niego, łasi, kusi, prowokuje, „oddaje mu się”. **Admet** poddaje się biegowi wypadków – odwzajemnia pocałunek **Tanatos**a, zrazu nieśmiało, potem coraz bardziej ochotczy obejmuje go – oboje zaczynają wirować w tym pocałunku.

WALKA BOGÓW

Apollo zrzuca przebranie. Zdecydowanym krokiem podchodzi do splecionej w uścisku pary i rozdziela ich. Lewym ramieniem obejmuje **Admeta**, prawą ręką odpycha **Tanatos**a. **Admet** zdaje się być niemile zaskoczony rozwojem wydarzeń, zauroczony Partnerką i w pełni nieświadom tego, co się z nim dzieje. **Tanatos** pada na ziemię.

APOLLO: Jam jest Apollo.

Wyrokiem Ojca, Dzeusa gniewnego,
Domu **Admeta** aż do dzisiaj strzegłem,
Służąc śmiertelnym, chociaż jestem bogiem
Zbożny, zbożnegom znalazł gospodarza
Od śmierci go zbawiam.

Teraz dopiero **Admet** pojął grozę sytuacji – sparaliżowany lękiem skulił się za **Apollem**.

Tanatos rzuca się na **Admeta**, lecz **Apollo** go powstrzymuje – siłują się.

Tanatos próbuje minąć **Apolla** i dostać się do **Admeta**. **Apollo** zastępuje mu drogę – okrążają **Admeta**, którego **Apollo** każdorazowo ustawia sobie za plecami. **Tanatos** kilkakrotnie naciera z furją, ale za każdym razem zostaje odparty, w końcu rozpędza się i próbuje przefrunąć długim susem ponad **Apollem** – ten jednak chwyta go w locie i odrzuca precz. **Tanatos** znów stara się go obieć, **Apollo** zaś łapie go znowu i próbuje obezwładnić, **Tanatos** wije się jak piskorz, w końcu udaje mu się na tyle wyswobodzić, by rzucić się po-

nownie w stronę **Admeta**, jednak **Apollo** trzyma go wciąż za ręce – **Tanatos** „zawisa” na chwilę tuż przed **Admetem**, by po chwili znów zostać odeń odciągniętym. W tej szamotaninie oddalają się od **Admeta**. W końcu **Tanatosowi** udaje się wyrwać z ucisku **Apolla**, znów próbuje zmylić czujność **Apolla** zagradzającego mu drogę – nagle wykonuje zwód, niby zrezygnował, odchodzi, lecz gwałtownie zmienia kierunek i z furią drapieżnika wskakuje na kark **Admeta**, który rozpaczliwie kręci się w kółko, próbując bezskutecznie zrzucić napastnika. **Apollo** czai się, śledząc uważnie ich każdy ruch, trzykrotnie próbuje interweniować, lecz **Tanatos** zawsze w porę odgania go pazurami, za trzecim razem **Apollo** rażony celnie, pada, podobnie jak **Admet**, który, niczym ranne zwierzę pada w końcu na kolana zdławiony przez **Tanatosa**.

Tanatos chwyta go za włosy i odgina mu głowę do tyłu, jakby zaraz miał mu gardło poderżnąć – w tej chwili **Apollo** raptownie do nich doskakuje, obejmuje **Tanatosa** żelaznym uściskiem ramion i odrywa od **Admeta**. **Tanatos** wierzga, szarpie się, obaj się zataczają, **Tanatos** jeszcze się na moment uwalnia, **Apollo** pospiesznie ciska **Admeta** z powrotem na stół i błyskawicznie znów dopada **Tanatosa**, trzyma przez chwilę, wykręcającego się, lewą ręką, po czym obala go na ziemię i przydeptuje, jak gada.

Tymczasem zamroczony **Admet** podnosi się z klęczek i zataczając się, jak pijany, trafia z powrotem na stół – gdzie pada zwinięty jak w pozycji wyjściowej.

APOLLO: Admet ujdzie śmierci...

Na te słowa **Admet** odzyskuje przytomność, wśród okrzyków ulgi i radości współbiesiadników. **Apollo** jednak zdejmując stopę z przygwożdżonego **Tanatosa** i, na odchodnym, rzuca przez ramię złowieszcze zdanie:

Jeśli kto inny pójdzie zań w podziemie.

Wszyscy umilkli. **Apollo** zniknął. **Tanatos** zdążył już się podnieść i nieubłagane zbliża się do grupy biesiadników, którzy z przestachem odsuwają się od **Admeta**, jak od trędownego. Ten półprzytomnym wzrokiem wodzi po zebranych, w końcu jego spojrzenie zatrzymuje się na **Matce**.

ADMET: Mamo, mamo...

Matka wciska dziecko w ramiona **Alkestis** i próbuje się cofnąć, ale **Admet** wpija się w nią ze wszystkich swych sił. Szamotanina. **Matka** zębami i pazurami stara się uwolnić, **Ojciec**, chcąc jej pomóc, chwytą **Admeta** za włosy.

ADMET: Mamo, mamo!

MATKA: Nie, puść!

OJCIEC: Puszczaj!

Matka w końcu wyrwa się i wybiega z krzykiem. **Admet** wpija się teraz w **Ojca**, ten uwalnia się, kopiąc **Admeta** w pierś – wybiega.

Admet, odepchnięty przez **Ojca**, pada na **I Przyjaciela**, który skrył się za amforą, udając pijanego do nieprzytomności. Ten gwałtownie go odpycha.

I PRZYJACIEL: Nieeee!

Pijak wybiega na oślep przed siebie, potracając wszystkich na swej drodze.

Przyjaciel I wraz z **I** i **III Kobieta** wskakują razem na krzesło. Wybucho panika – wszyscy wrzeszczą i chaotycznie biegają wokół stołu, uciekając przed **Admetem** powtarzającym coraz bardziej beznadziejnie swoje:

ADMET: Admet śmierci ujdzie...

Admet usiłuje się kogoś ucześcić. Najpierw zwraca się do **Kobiet I** i **III**, które z piskiem uciekają – **Admet** za nimi; **Przyjaciel** i **Kobieta II** zastawili się przed nim krzesłem, które **Admet** po krótkiej szamotaninie wyrwa im i odrzuca precz. **II Przyjaciel** ucieka po stole na czworakach, potracając przy tym **Alkestis**, która skulona stara się nade wszystko osłonić sobą dziecko. Wszystkie **Kobiety** zderzają się z sobą w beładnej ucieczce. **III Przyjaciel** wlaź pod stół, gdzie próbuje się ukryć i przeczekać zamieszanie.

ADMET: Admet śmierci ujdzie!

Admet wycieńczony beznadziejną i bezowocną gonitwą wpada pod stół, gdzie odkrywa **III Przyjaciela**. Rzuca się beznadziejnie na tę ostatnią deskę ratunku, chwytą go w pól.

III PRZYJACIEL: Nieeee!

III Przyjaciół, jak porażone zwierzę, miota się, pełźnie, ciągnie za sobą Admeta po ziemi, gryzie, drapie, kopie – w końcu uwalnia się i pół pełznąć, pół biegnąć, znika.

OFIARA ALKESTIS

Admet, do cna wyczerpany, opada bezsilnie na ziemię – nie ma już sił walczyć. **Tanatos**, który całą scenę cierpliwie obserwował, czekając z założonymi na piersi rękoma, powoli okrąża **Admeta**, jakby smakując każdą chwilę swego triumfu. Gdy zapadła cisza, **Alkestis** podniosła wzrok i ujrzała **Admeta** bezbronnego u stóp **Tanatos**a; widząc jego strach, jego bezbronność, jego upokorzenie, postanawia go ratować. Podczas gdy **Tanatos** wyciąga ramiona po czołgającego się przed nim **Admeta**, powoli, cały czas tuląc do piersi dziecko, zsuwa się ze stołu i wchodzi pomiędzy **Admeta** a **Tanatos**a. Ten, na jej widok, waha się przez ułamek sekundy, po czym, w mgnieniu oka przeistacza się z kobiety w mężczyznę i z determinacją rusza w stronę małżonków. Ci odruchowo cofają się przed nim, a gdy to staje się niemożliwe, **Alkestis** oddaje **Admetowi** dziecko, a sama zasłania oboje własną piersią. **Admet** kuli się za nią przerażony. **Tanatos** zbliża się pewnym, niespiesznym, nieubłagany krokiem. Pochyla się nad **Alkestis**, która wygina się, jak łuk, do tyłu, **Tanatos** unosi rękę – wpięrk gładzi ją po twarzy, a gdy **Alkestis** chce się uchylić, ręka jego opada na jej pierś, którą ze znawstwem pieści.

Alkestis, w ostatniej chwili, próbuje wywinąć mu się pod jego ramieniem. **Tanatos** zabiega jej drogę, przypiera do stołu, ona wylęknięta cofa się przed nim wzdłuż stołu, raz jeszcze zrywa się do ucieczki, a on raz jeszcze bawi się z nią w kotka i myszkę; napiera na nią – ona stara się uciec do przodu po skosie, do widowni, idą tak pierś w pierś (on się cofa), lecz gdy tylko ona chce go minąć on wychwytyuje jej dłoń – trwają tak chwilę, jak naciągnięty łuk, **Alkestis** rozpaczliwie wyciąga rękę ku widowni, jakby błagała o pomoc, po czym **Tanatos** gwałtownie pociąga ją ku sobie, obejmuje – wirują w tańcu. **Alkestis** początkowo się opiera, w końcu jednak ulega mu, a wreszcie omdlewa w jego ramionach, po czym osuwa mu się do stóp. On pochyla się, „spowija” ją całą.

UZDROWICIELE

Wpadają szamani: z bębniem, kołatką i kadzielnicą. Nie-ruchomieją naprzeciw **Tanatos**a – obie strony mierzą się spojrzeniem.

Szamani nacierają: **Tanatos** cofa się, po czym rzuca się na nich – odskakują; starają się go okrążyć, a on stara się ich kolejno dosięgnąć. Uduje im się odeprzeć go od **Alkestis** (m.in. ucieka na stół), wbiegają **Kobiety**, podnoszą ją z ziemi i przenoszą na stół, usuwając z niego wszystkie naczynia. Podczas, gdy **Szamani** walczą dalej z **Tanatos**em, **Kobiety** starają się pomóc doraźnie **Alkestis** – jedna poluzowuje jej przepaskę, inna daje jej pić, jeszcze inna ociera pot z czoła rąbkiem szaty. Tymczasem **Tanatos** stara się znów przedrzeć do swej ofiary. (?) Ucieka **Szamanom**, biegnie szerokim łukiem przez scenę, **Szamanom** udaje się go osaczyć – ogłuszony pada w końcu i nie podniesie się już aż do odejścia **Szamanów**, którym **Kobiety** przekazują teraz opiekę nad **Alkestis**. **Kobiety** wychodzą, uprzątnąwszy uprzednio scenę. **Szamani** przystępują do uzdrowicielskich zabiegów: **I Szaman** ustawia się u wierzchołka chorej, z kołatką; **II Szaman**, z kadzielnicą – przy jej boku; **III Szaman**, z bębniem – w nogach. Na znak dany kołatką, cała trójka mamrocze swoje zaklęcia (**III Szaman** zawodzi jakieś pie-nia).

II Szaman okadza chorą. Na kolejny znak przesuwają się przy wtórze bębna o jedno miejsce i powtarzają swoje czynności, i tak kolejno, aż zatoczą pełne koło.

Przez całą scenę tańca **Tanatos**a z **Alkestis** – **Admet** zajmował się dzieckiem, jak gdyby nigdy nic: gaworzył do niego, tulił, jakby miał pewność, że wszystko mu się upiecze. Teraz jednak, widząc bezowocność poczynąń uzdrowicieli, mina mu pomału rzędzie: coraz natarczywiej pcha się do stołu i patrzy im na ręce. **Szamani** przystępują do dalszych zabiegów. Odkładają na bok swoje instrumenty, **I Szaman** „energetyzuje” głowę chorej; **III Szaman** próbuje na przemian ogrzewać jej dłonie, **II Szaman** stara się „oczyścić” jej nogi ze złej energii. Uwijają się jak w ukropie. W tym czasie **Admet** miota się jak zwierzę w klatce – w końcu pozbywa się dziecka, które najwyraźniej przeszkadza mu teraz, oddaje je **Kobietom**, które powróciły na scenę, by obserwować w napięciu rozgrywający się dramat. **Admet** wyrzuca je bez-ceremonialnie. **Tanatos** zaś wciąż leży bez ducha. W końcu jednak **Szamani**, kompletnie wycieńczeni, wobec bezowoc-

ności swoich starań dają kolejno za wygraną, za to **Tanatos** zaczyna zdradzać oznaki życia. **Szamani** zbierają swoje narzędzia, ustawiają się rzędem przy łożu chorej, spuszcza ją ze smutkiem głowy, gotują się do wyjścia. **Admet** podbiega do nich, wymiana spojrzeń. I **Szaman** kręci przecząco głową – **Szamani** wychodzą.

POŻEGNANIE ALKESTIS

Admet podbiega do **Alkestis**, chwytą ją w ramiona, potrząsa nią, całuje, płacze, stara się ją ocucić, wrócić do życia.

ADMET: Wstań miła moja i mnie nie opuszczaj...

Alkestis leci mu przez ręce, jest już bardzo słaba, głaszcząc go delikatnie po twarzy i po włosach, mówi zanikającym głosem.

ALKESTIS: Ja dziś już idę w podziemie,
Widzę łódź, widzę dwa wiosła,
A przewoźnik umarłych, Charon,
Z ręką na żerdzi woła mnie już –
Nie zwlekaj, spiesz się...

Alkestis próbuje jeszcze pocałować **Admeta** w usta, lecz bezwładnie osuwa się na jego pierś. **Admet** przytula ją rozpaczliwie, z całych sił; zanosi się płaczem.

OPORZĄDZENIE ZWŁOK

Wchodzą **Kobiety**. **Matka** niesie całun; **II Kobieta** – miś z wodą; **I Kobieta** – przybory toaletowe. **Kobiety** siłą oddzielają płaczącego **Admeta** od **Alkestis** i odprowadzają go na bok. Ten, nieprzytomny z rozpacz, kuli się cały, zakrywa głowę rękoma i szlocha. **Kobiety** przystępują do oporządzania zwłok. Podczas gdy **Kobiety I** i **II** podtrzymują ciało, **Matka** i **Kobieta III** rozkładają całun. Następnie **Kobieta III** zdejmuje **Alkestis** sandały; **Kobieta II** obmywa zwłoki, asystuje jej **Matka**. Z kolei **Kobieta I** przystępuje do toalety upiększającej. Na koniec **Kobieta III** kładzie zmarłej na ustach „obol” dla **Charona**.

Wchodzi **Ojciec** – w żałobnej szacie. Taką samą niesie na ramieniu. **Kobiety** kłaniają się mu i wychodzą.

KLÓTNIA Z OJCEM

Ojciec stoi przez chwilę, z dezaprobatą obserwując skulonego, zapłakanego Admeta. Przelamuje się jednak i podchodzi do niego.

OJCIEC: Przychodzę cierpiąc wraz z tobą, mój synu.

Kłeka, obejmuje syna i przyciska go do piersi – Admet sztywnieje.

Nikt nie zaprzeczy, dobrą i szlachetną żonę straciłeś,
Ale znieść to trzeba.

Ojciec wstaje, siłą podnosząc lekko opierającego się Admeta. Podaje mu szatę.

Wdziej to, bo trzeba godnie uczcić zwłoki
tej, dziecko, która za tve życie zmarła.

Chce pomóc Admetowi wdziać szatę, lecz ten manifestacyjnie okazuje, że nie życzy sobie jego pomocy. Ojciec zniechęcony, zostawia go w spokoju. Podchodzi do stołu, staje u wezglowia Alkestis. Długa chwila skupienia – modlitwa:

Ty, coś wszystkim Kobietom życie piękniejsze wskazała,
Ważąc się na czyn tak zacny,
Ty, coś zbawiła go, a nas dźwignęła z upadku,
Żegnaj i niech w domu Hada szczęście cię spotka.

Całuje Alkestis w czoło. Admet podbiega do stołu, całuje się gotuje.

ADMET: Na żalowanie był czas, kiedym ginął,
Tyś stał spokojnie i pozwalał umrzeć jej.
Ty po niej płaczesz!? Nie jesteś moim Ojcem!
Stary, kresu życia już dochodząc,
Ani nie chciałeś, ani śmiałeś
Umrzeć za własne dziecko!
Teraz plódź nowe dzieci,
Co ci chleb dadzą na starość,
Po zgonie w całun owina,
I pogrzeb ci sprawią (wali pięścią w stół)
Bo ja, tą ręką, grzebać cię nie będę!

Teraz Ojciec bije pięścią w stół; podniesionym głosem, aż do krzyku.

OJCIEC: Chłopcze, myślisz, żem niewolnik,
Któregoś kupił, żeby mu złorzeczyć!?
Ty chłystku!
Spłodziłem ciebie, na dziedzica domu chowałem,
Umrzeć za ciebie nie muszę.

Admet zamierzył się, by go uderzyć – Ojciec wyzywający – powstrzyma się jednak w ostatniej chwili, skurczył się w sobie i odwrócił do niego plecami. Ojciec zachodzi go z drugiej strony.

Staje twarzą w twarz z Admetem, szyderczo:

Cieszysz się życiem? A ja się nie cieszę?
Jak Ty bezwstydnie walczysz, by nie umrzeć.
Sprytnieś wymyślił nigdy nie umierać!

Całuje go przeciągle prosto w usta. Admet wyrывa się gwałtownie i odwraca się do niego plecami. Ojciec, szybkim ruchem, chwyta go za włosy i popycha tak, by skonfrontować go twarzą w twarz z trupem.

Ona za ciebie umarła, Tyś sam jej mordercą.

LAMENTACJE

Pojawiają się **Kobiety**, stają jak wryte na widok szarpających się przy zmarłej mężczyzn. Ojciec puszcza Admeta, ten gwałtownie się prostuje.

OJCIEC: Wszystko, co trzeba już przygotowane?

Kobiety potakują skinieniem głowy.

ADMET: Pieśń rozpoczynjcie.

Obaj stają z tyłu, za stołem, zakrywając głowy kapturami. **Kobiety/Płaczki** klękają przy stole. I **Kobieta** i **Matka** po bokach; **Kobiety II** i **III** – pośrodku. Upewniają się, że są wszystkie gotowe i wybuchają głośnym lamentem.

- I PŁACZKA:** Odeszła, nie ma już żony Admeta.
O, gdyby to w mocy ludzkiej było,
O, gdyby móc ciebie wydobyć
Na światło z domostwa Hadesu.
- II PŁACZKA:** Boś ty jedna miła wśród kobiet,
Ty jedna się tylko ważyłaś
Dać swą duszę i męża wybawić z Hadesu!
- III PŁACZKA:** Niech ci ziemia mogiły nie ciąży!
Matka nie chciała dać się pogrzebać za syna!
Ojciec starzec nie zechciał.
- IV PŁACZKA:** Ty, w samym rozkwicie młodości
Umarłaś za niego
I zesłaś ze świata.

Płaczki dalej zawodzą, jednocześnie rozlega się basowy śpiew. Obydwa dźwięki płynnie się nakładają. Wkraczają **Kapłani** – idą gęsiego, pierwszy niesie płonącą pochodnię, drugi – naczynie z wodą, trzeci – naczynie z płatkami kwiatowymi. Pierwszy ma także płaskie naczynie ze środkami zapalającymi stos. W miarę, jak mijają je **Kapłani, Kobiety** wstają, przechodząc od lamentów do pień żałobnych. Wszyscy ustawiają się w szeregu, za stołem, jedynie **Admet** staje u wezglowia.

EGZEKWIE

Kapłani intonują trójgłosową, żałobną litanie.

KAPŁANI: O, ty nieszczęsna, a śmiała, szlachetna,
Z wszystkich najlepsza!

WSZYSCY: Żegnaj!

Przy każdym „żegnaj” żałobnicy kolejno obsypują zmarłą płatkami kwiatów.

KAPŁANI: Niech Hermes podziemia
I Hades życzliwie cię przyjmą!

WSZYSCY: Żegnaj!

KAPŁANI: A jeśli tam dobrym
większe przyznano zaszczyty,
Miej i ty w nich część swoją
Zasiądź przy żonie Hadesa.

WSZYSCY: Żegnaj, żegnaj, żegnaj.

Przekazują sobie z rąk do rąk naczynie z płatkami kwiatów, wędrujące do **III Kapłana**, który podsuwa je **Admetowi**; ten garść płatków wysypuje na głowę zmarłej. Następnie **Admet** zawią całun, poczynając od głowy (**Kobiety** zakrywają tył) poprzez front i na koniec – nogi. **III Kapłan** rozsypuje teraz resztę płatków. **I Kapłan** występuje do przodu, podając **Admetowi** naczynie z racami – ten zaś umieszcza je kolejno na stosie. Następnie, **I Kapłan** podaje **Admetowi** zapaloną pochodnię i powraca do szeregu. **Admet** kolejno zapala „race” – stos płonie, gdy już się wypalił, do przodu występuje **II Kapłan** z naczyniem z wodą, w którym **Admet** gasi pochodnię. **Kapłani** odstawiają swoje naczynia na ziemię.

KONDOLENCJE

Wszyscy podchodzą teraz kolejno do **Admeta**, by złożyć mu kondolencje. Nawracają trzykrotnie. Począwszy od drugiego nawrotu, mówią wszyscy jednocześnie. Zarówno słowa ich, jak i gesty stają się coraz mniej osobiste i coraz bardziej mechaniczne i bezbarwne – słowa tworzą już w końcu tylko szum.

III PRZYJACIEL: Czas cię uleczy, umarły jest niczym.

I PRZYJACIEL: Wszystkim nam sędzono kiedyś umrzeć.

II PRZYJACIEL: I ja, przyjaciel, z tobą przyjacielem
Żałobę po niej wezmę, bo jej godna.

III KOBIETA: Wytrwaj, nigdy nie wskrzesisz płaczem tych,
którzy umarli.

II KOBIETA: Do bogów się módlmy,
albowiem bogów moc jest największa.

I KOBIETA: Nawet potomstwo bogów ginie w ciemności
i śmierci.

MATKA: Przyszedł na ciebie ten ból, aleś duszę i życie ocalił.

OJCIEC: Admecie, musisz teraz to wytrzymać.

Nie pierwszyś ani nie ostatni, co stracił dobrą żonę.

Za trzecim nawrotem, nie zaprzestając mówienia, wszyscy wychodzą, **Rodzice** biorą **Admeta** pod ręce, wyprowadzają go jak manekina.

TANATOS ZABIERA DUSZĘ ALKESTIS

Gdy żałobnicy znikają, pojawia się **Tanatos** – powłóczyście, kocio, zmyslowo ociera się o stos, okrąża go, wtula się w nogi **Alkestis**, niespiesznie odwija rąbek całunu (nogi), wkłada pod całun dłoń i jakby pieścił pod nim ciało **Alkestis**, posuwa się z wolna ku jej głowie. Unosi teraz przednią połę całunu (założenie maski), spogląda w twarz zmarłej, całuje ją, po czym dźwiga **Alkestis** – ta siada; obejmują się czule, jak kochankowie, całują się; **Tanatos** pomaga **Alkestis** zsunąć się ze stołu, ta, ruchem prawej ręki, zagarnie całun, który ciągnie za sobą po ziemi niczym tren ślubnej sukni; **Tanatos** przystaje, odwraca się i rozsypuje na stół garść popiołu. Wychodzą objęci razem.

PIJAŃSTWO ADMETA

Za kulisami rozlegają się liczne głosy, powtarzające, z różną intonacją i głośnością:

WSZYSCY: Lek na to – nowa żona i ślub nowy.

Za kulisami eksplozja hałasów, śmiechów, śpiewów. Trzy **Kobiety**, lekko podchmielone, uczepiły się **Admeta**, ponurego, bez życia, i koniecznie chcą go rozruszać; bardzo się nad nim rozczulają, mizdrzą się do niego.

III Kobieta ciągnie go na stół, kładzie się na wznak, ściąga go na siebie i oplata nogami, chichocze; **I Kobieta** dopada do nich, kładzie się obok i obłapiwszy **Admeta**, ciągnie go ku sobie; **II Kobieta** wskakuje mu niemal na plecy, ładuje obok na stole, i wydziera go pozostałym, oplatając go nogami i ramionami – **Admet** „płynie” po nich.

Wkraczają do akcji **Przyjaciele**, którzy obserwowali z ukontentowaniem całą scenę, a teraz postanowili rozkręcić **Admeta**, rozweselić winem. Przejmują go z rąk **Kobiet**, tarmoszą **Admeta**, zachęcają do picia, podsuwając mu pod nos amforę, którą niesie **III Przyjaciel** – podśpiewują „A kto nie wypije...” **Kumple** – chochliki – chcą go po swojemu, bydlacko, rubaszenie, acz serdecznie, rozruszać – nie konkurują z kobietami, raczej się wzajemnie uzupełniają, do towarzysstwa dołączają rodzice – oni też pragną „ożywić” syna. **Admet**, ze złością, wyrывa **III Przyjacielowi** amforę i pośród ogólnego entuzjazmu, wypija całą jej zawartość. Wszyscy go poklepują, szarpiają, ściskają. **Kobiety** całują go, jak bohatera

– porywają go do tańca, wszyscy się cieszą, klaszcząc akompaniują im, **Admet** nie może się wyrwać z kręgu tańczących **Kobiet**, w końcu rozpaczliwie i brutalnie je odpycha, lecz wpada prosto na **Ojca**, ten chce go przygarnąć, lecz **Admet** wyrzywa mu się z furją, ten jednak mocno go przytrzymuje. Strofuje go:

OJCIEC: Synu! Ty nie znasz miary boleści!

MATKA: Nie ty pierwszy straciłeś żonę.

I KOBIETA: Lek na to – nowa żona i ślub nowy.

Zabiega mu drogę, przywiera do niego plecami, chwytą go za ręce i kładzie je sobie na piersiach. **III Kobieta** przytula się do niego i gryząc w ucho, szepce:

III KOBIETA: Nowy ślub, nowy ślub!

II Kobieta przypada mu do nóg, obejmując go z całych sił. Ona również powtarza:

II KOBIETA: Nowy ślub, nowy ślub!

I znów cała kompania siedzi mu na plecach. **Kobiety** łaszą się do niego zmysłowo. **Mężczyźni** skandują, zrazu cicho, potem coraz głośniejsze i natarczywiejsze „Nowy ślub, nowy ślub!” Podnieceni dołączają do swoich partnerek – po chwili nie wiadomo, kto kogo obejmuje – każda z **kobiet** działa na dwa fronty: **Admet** i własny partner. Sam **Admet** niknie pod tym kłębowiskiem – miota się; zbyt na siłę, choć w dobrej wierze starają się mu umilić życie. **Kobiety** chcą być miłe, a nawet czule, **Kumple** chcą, by zapomniał o troskach – ślub kojarzy im się, w tym zapamiętaniu, z wielkim pieprzeniem. Wszyscy mają jednak jak najlepsze chęci. Efekt osaczenia wychodzi niejako mimo woli – takie zagłaskanie na śmierć. **Admet** wyrzywa się, krzyczy – szamocze się, jak tonący wciągany przez wir w otchłan.

ADMET: Doooość!

W panicznej ucieczce, pijany, gramoli się niezdarnie na stół. Zebrani patrzą na to ze zdumieniem. **Admet** chwieje się na nogach, unosi ramiona w górę, jakby chciał ich uciszyć, po

czym kurczy się cały w sobie – mówi przez łzy, ze ściśniętą krtanią.

Zaprawdę powiadam wam, los mojej żony
Jest wbrew pozorom szczęśliwszy od mego...
Każdy, każdy powie:
Patrz jak on podle żyje – nie śmiał umrzeć
I żonę swoją oddał, tchórz, za siebie!

Traci równowagę – spada ze stołu, do stóp biesiadnikom,
ci chcą mu pomóc, on jednak ucieka przed nimi, czołgając się
w kierunku widowni.

Po cóż mi żyć, przyjaciele!

Kuli się na ziemi, ukrywając twarz w dłoniach, wszyscy
pochylają się nad nim.

Gdy **Admet** leży już na ziemi – nie ma szyderstwa – do
samego końca wszyscy „walczą” o niego – naturalnie każdy
na swój sposób.

II PRZYJACIEL (z troską): Żony nie ujrzyć więcej, to bolesne.

I KOBIETA (bardzo czule): Lek na to – nowa żona i ślub nowy.

(klęka przy nim)

II KOBIETA (jeszcze czulej): Ślub, ślub.

(klęka przy nim)

ADMET: Żadna już we mnie męża nie powita.

(odpycha Kob. I)

OJCIEC: Myślisz, że zmarłej coś tym dopomożesz?

(szarpie go)

ADMET: Nie ma kobiety, co spocznie w mym łożu!

II PRZYJACIEL: Sam w łożu wytrwasz?

II i III KOBIETA: Nazwą cię szalonym.

Admet pięściami zatyka sobie uszy. Współtowarzysze rezygnują, odwracają się powoli i odchodzą, by zająć się sobą. Wychodząc, komentują zdarzenie – ich słowa rychło zamieniają się w szum. Rozchodzą się we wszystkich kierunkach. **Matka** chciała przy nim zostać, lecz **Ojciec** zagniewany, odciągnął ją od syna.

Admet zostaje sam. Płacze, bezsilnie tłucze pięściami w ziemię, jakby chciał, żeby rozstała się i go pochłonęła. Jego modlitwa wyraża tęsknotę, pragnienie – to dialog z Bogiem, a nie histeryczna manifestacja emocjonalna.

ADMET: Gdybym miał język i pieśń Orfeusza,
Córę Demetry albo jej małżonka
Mógł pieśnią zakląć i wywieść cię z Hadu,
Zstałbym w otchłań i moce Ciemności
Nie przeszkodziłyby cię wrócić światłu.

Wchodzi Apollo niosący zapaloną pochodnię. Zatrzymuje się przy **Admecie**, patrzy na niego współczująco, przyklęka na jedno kolano, obejmuje go jednym ramieniem i przytula. Trwa to chwilę, po czym Apollo wstaje, delikatnie podnosząc **Admeta**. Wkłada mu do rąk pochodnię i oddala się. Przed wyjściem odwraca się jeszcze w stronę **Admeta** i wykonuje coś, jakby gest błogosławieństwa.

Światło gaśnie.

W HADESIE

Na środku sceny, w ciemności, stoi **Admet** z pochodnią w dłoni. Patrzy przed siebie, wyteża wzrok, podchodzi ostrożnie do krawędzi sceny, próbując przeniknąć mrok na widowni. Za nim, z ciemności wyłaniają się **Dusze Zmarłych** – snują się we wszystkich kierunkach, krążą wokół **Admeta**, ten ochłonawszy z pierwszego wrażenia, poczynają szukać pośród nich **Alkestis** – próbuje zajrzeć im w twarz, jednak **Duchy** unikają światła, zwracają lub kurczą się w sobie i dalej krążą tajemnicze, pośród ciemności.

W głębi, za nimi, pojawiają się objęci **Alkestis** i **Tanatos**. Wirują w tańcu, **Admet** dostrzega ich dopiero po chwili. Z wolna okrąża ich, przyglądając im się bacznie, wpierw z niedowierzaniem, potem z rosnącą pewnością. Gdy chce się zbliżyć, oni zdają się przed nim umykać – on zaczyna ich ścigać. W końcu dopada ich i rozdziela, „rozcina” pochodnią, drugim ramieniem obejmując **Alkestis**, która tęsknie wyciąga ramiona ku **Tanatosowi**. Ten nie daje za wygraną, parokrotnie próbuje zbliżyć się do **Alkestis**, omijając zapórę z ognia, jednak **Admet** zagradza mu drogę, aż wreszcie **Tanatos** podchodzi zbyt blisko i „spala się”, jak ćma w płomieniu świecy – rozplywa się w mroku.

EPILOG

Admet cały czas podtrzymuje ramieniem bezwolną **Alkestis**.

Teraz staje twarzą w twarz z **Alkestis** – głaszcze ją po twarzy, po włosach, zdziera z niej maskę śmierci.

Obejmują się czule, biorą się za ręce i idą wolno w głąb sceny. Tam, obejmują się, całują namiętnie i zastygają w tym pocałunku.

*****KONIEC*****

„Autorce udało się umiejętnie przejść od zagadnień bardziej ogólnych i teoretycznych – założeń i metod psychodramy, jej powiązań z teatrem i podstawowego znaczenia dla funkcji terapeutycznych, poprzez część omawiającą zastosowanie szczegółowych form dramaterapii w leczeniu schizofrenii, aż do mającego charakter najbardziej praktyczny zestawu ćwiczeń teatralnych stosowanych w procesie terapii.

(...)Praca jest unikalnym opracowaniem dotyczącym dramaterapii. Charakteryzuje ją bardzo wysoka rzetelność, umiejętność szerokiego wykorzystania literatury przedmiotu i dobra stylistyka”.

Prof. dr hab. Krzysztof Gierowski

„Praca powinna wzbudzić duże zainteresowanie terapeutów, studentów studiów przeddyplomowych i podyplomowych, kształcących się w psychoterapii, psychodramie i rehabilitacji”.

Prof. dr hab. Jacek Bomba

ANNA BIELAŃSKA, psycholog kliniczny i psychoterapeuta, pracuje w Oddziale Dziennym Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ. Od wielu lat wraz z reżyserem Krzysztofem Rogożem tworzy „teatr terapeutyczny”. Do najbardziej znanych spektakli tego teatru należą *Lizystrata* i *Alkestis*. Jako dyplomowany terapeuta Psychodrama Institute for Europe prowadzi szkolenia w zakresie psychodramy Moreno.

Psychoterapia wraz z użyciem psychodramy i technik teatralnych zawsze była jej pasją, a niniejsza książka jest podsumowaniem jej wieloletnich doświadczeń w tym zakresie.

ISBN 83-233-1598-1



9 788323 315988